ALEXANDRU LAMBESCU
GHEORGHE GORNIC
CORNEL PROȘTEAN
EUGENIA TĂURESCU

# Algiile lombo-sacrate la femei

EDITURA FACLA

Scanned with OKEN Scanner

Dr. ALEX. LAMBESCU
Conferențiar universitar
Docent în științe medicale

Dr. C. PROȘTEAN
Conferențiar universitar

Dr. GH. GORNIC
Șef de lucrări

Dr. E. TĂURESCU
Asistent universitar

# ALGIILE LOMBO-SACRATE LA FEMEI

## STUDIUL CAUZELOR

EDITURA FACLA
TIMIȘOARA, 1980

Scanned with OKEN Scanner

# PREFAȚĂ

*A întocmi o monografie asupra* Algiilor lombo-sacrate la femei *este o sarcină dificilă, avînd în vedere complexitatea sindromului și a multor necunoscute care-l grevează.*

*Francis Bacon afirmă că „a cunoaște înseamnă a putea" și cu această convingere autorii au pornit la întocmirea acestei lucrări.*

*S-ar părea curios de ce un sindrom atît de frecvent întîlnit în Clinica de obstetrică ginecologie este luat de către medic, de cele mai multe ori, ca o afecțiune minoră, știut fiind că prin frecvența și incapacitatea funcțională pe care o declanșează, cît și răsunetul asupra comportamentului bolnavelor constituie o adevărată problemă socială.*

*Insuccesele terapeutice frecvent întîlnite în acest domeniu, ca o consecință a unei etiologii dificil de stabilit corect, limitează pe medicul ginecolog — adesea — la un tratament antialgic, fizioterapic sau balnear de rutină, cu un mare procentaj de eșecuri. Aceasta se datorește și faptului că în regiunea lombo-sacrată la femei se reflectă prin simptomul dominant „durere" o serie de alte maladii ce fac*



Scanned with OKEN Scanner

*parte din specialități medicale diferite, ca și : chirurgia, ortopedia, medicina internă etc. și asupra cărora el nu are totdeauna o deplină competență.*

*Stilul lucrării este clar și concis, iar sistematizarea materialului, cu toată complexitatea și volumul său enorm, este optimă, în raport cu lucrările de acest gen realizate pînă în prezent. Capitolele sînt bine proporționate, iar adnotările cu experiența proprie a autorilor, bine orientați și în chirurgia generală, sporesc valoarea lucrării.*

*Avem convingerea — și cei de specialitate rămîn să o confirme — că autorii au reușit să se achite în mod onorabil de sarcina luată, garanție deplină fiind și numele lor bine cunoscut în cercul larg al specialității.*

Profesor Universitar Emerit
Dr. Doc. POPESCU DUMITRIE

Scanned with OKEN Scanner

# Necesitatea și importanța problemei studiate

Problema lombo-sacralgiilor nu este recentă. În zilele noastre însă, ea a depășit cadrul afecțiunilor reumatismale, a înglobat afecțiunile aparatului digestiv, renal, genital, afecțiunile discului intervertebral, ale rachisului, dezechilibrul static etc.

E foarte grăitor exemplul lui Schleyer-Saunders, care, suferind de lombalgie rebelă la diferite tratamente, și-a extirpat amigdalele, și-a vidat cîteva focare septice dentare fără nici un rezultat și s-a vindecat corectîndu-și ortopedic piciorul plat după exemplul unui coleg.

Nixon (University College Obstetric Hospital, London, W.C.1) acordă o deosebită atenție acestui subiect, considerînd că lombalgiile sînt foarte frecvente la femei și că ele, în mare parte, suferă în liniște durerea considerînd-o sechelă inevitabilă după naștere sau manifestare normală a menopauzei.



Scanned with OKEN Scanner

Într-adevăr, lombalgiile, prin frecvența, prin incapacitatea funcțională pe care o declanșează și răsunetul asupra comportamentului, constituie o adevărată problemă socială.

Iată cîteva date asupra frecvenței :

— Coulson, în 1962, cercetînd la un spital din Londra incapacitatea de muncă la infirmierele atinse de această afecțiune, a găsit media de 12 zile pe an, cauzată la 81% din aceste bolnave de efortul ridicării bolnavilor.

— Marțius, în 1935, stabilea că o treime din bolnavele sale acuzau lombalgiile ca simptom principal, două treimi dureri lombare, iar restul nu prezentau asemenea dureri.

La cele lombalgice, cauza era ginecologică în 50%, ortopedică în alte 50% de cazuri. Acest fapt l-a determinat să scrie un capitol intitulat „Ortopedie ginecologică".

— Eastwood (1952) raportează, la un congres, că 48% din bolnave aveau lombalgii postpartum.

— Stein, în 1927, găsea că la 85% din femeile cu lombalgii cauza era ginecologică.

— Reischauer (1949) a studiat leziunile discale la tinerele sub 20 ani, în legătură cu algiile lombare.

— Schleyer-Saunders a constatat în practica sa că din trei femei, două sufereau de lombalgie, însă cum multe femei nu acordă mare importanță acestui lucru, trebuie interogate și examinate în această direcție.

— Mennell (1935) afirma că „un număr considerabil de femei suferă de lombalgii, care sînt o cauză majoră de infirmitate".

Cum se evită unele **dificultăți de diagnostic**

O femeie ginecopată poate avea o lombalgie, dar cauza este de ordin ortopedic.

De asemenea, unele lombalgii recunosc etiologii multiple, care trebuie depistate prin examen clinic.



Scanned with OKEN Scanner

**Iată cîteva recomandări speciale în legătură cu observaţia şi stadiul clinic :**

1. *A se observa la bolnavă mersul, modul de a se aşeza.* Dacă îşi menajează coloana vertebrală sau nu, dacă stînd în picioare se sprijină egal pe ambele membre sau nu.

2. *A se lua o anamneză precisă :*

— cînd au apărut durerile ?

— au succedat unei răniri sau unui accident ?

— se calmează prin repaus ?

— persistă în timpul nopţii ?

— bolnava se răsuceşte comod în pat ?

— simte durerile dimineaţa ?

— se ameliorează ele prin mişcări ?

— se accentuează seara ?

— durerile sînt localizate strict la lombe sau se extind în sus, în jos, la membrele inferioare sau la peretele abdominal ?

— algia apare brusc în cursul unui efort sau survine fără o cauză aparentă ?

— ea are vreo contingenţă cu naşterea sau cu vreo intervenţie chirurgicală ?

— a făcut tratamente pentru aceste dureri şi ce rezultat a obţinut ?

3. *Examenul fizic va fi efectuat pe bolnavă dezbrăcată. Se va observa :*

— simetria sau asimetria bazinului ;

— malformaţii sau alte leziuni ale rachisului ;

— egalitatea sau inegalitatea membrelor inferioare ;

— picoarele sînt plate ?

— bazinul e basculat ?

— cînd bolnava se apleacă îndoaie genunchii ?



Scanned with OKEN Scanner

— unde indică bolnava durerea ? într-un singur punct ? într-o regiune ? într-o articulație ? indicația o face cu un deget ? cu o mînă sau cu ambele ?

4. *Mobilitatea articulațiilor va fi explorată, bolnava fiind în picioare și apoi așezată.*

— Bolnava stînd în picioare se sprijină numai pe un singur membru ?

— Spina iliacă postero-superioară opusă e mai ridicată ? Membrul inferior pe care nu se sprijină este flectat ?

— Cînd bolnava se apleacă înainte apare durerea ?

— Este ea din ce în ce mai mare cu cît crește gradul de flexiune ?

— În flexiune se modifică curbura lombară ?

— Odată cu durerea la flexiune apare și o scolioză lombară ?

— Mișcările de flexiune și rotație ale trunchiului sînt limitate ?

— Bolnava fiind așezată pe un taburet preferă să stea pe marginea lui ? pe o fesă, apoi pe alta ?

— Cînd se ridică de pe taburet regiunea lombară rămîne rigidă ?

— Cînd bolnava este în decubitus dorsal durerea se accentuează sau se reduce ? Coapsa și genunchiul sînt flectate ?

— Nu cumva preferă decubitul lateral sau cel ventral ?

5. *Se vor măsura în lungime ambele membre inferioare.*

6. *Se vor căuta cu atenție reflexele.*

7. *În unele cazuri examenul radiologic este necesar.*

8. *Nu vor fi excluse tușeele vaginal și rectal.*



Scanned with OKEN Scanner

Toate aceste detalii își au importanța lor în orientarea diagnosticului.

Aceasta va reieși clar cînd se va face — în cursul expunerii — diagnosticul diferențial. Se pune acuma o întrebare legitimă :

Este necesară o monografie, un studiu chiar mai restrîns, cu privire la algiile lombo-sacrate ?

Răspunsul ni-l dă, în formă categorică, prof. P. Sîrbu, în recenzia sa publicată în revista „Obstetrica și Ginecologia“ (nr. 5 — 1969, p. 616) : „Lombalgia este o afecțiune des întîlnită în consultațiile de ginecologie și obstetrică și trebuie să recunoaștem că sîntem înarmați cu puține cunoștințe etiologice, fiziopatologice și terapeutice în vindecarea acestei suferințe. *Ignoranța noastră* (sublinierea autorilor) în această problemă se camuflează prescriind medicamente cu efect antialgic, cure balneare repetate, interminabile ședințe fizioterapice și multă psihoterapie menită să călească rezistența morală a bolnavelor în a accepta această suferință ca pe o consecință firească a nașterilor sau ca pe o manifestare naturală a menopauzei“.

Rezultă și după alte păreri, foarte autorizate, că e nevoie să se facă cît mai multă lumină în această problemă nu numai pentru ginecologi, ci și pentru ortopezi și reumatologi dacă nu și pentru alții.

Scanned with OKEN Scanner

# Introducere în studiul durerii

# (Sublata causa, tollitur effectus)

## DESPRE DURERE

Acest fenomen dureros (durere sau algie = grec. algos) a preocupat încă din timpuri foarte îndepărtate pe teologi, poeți și filozofi. Unii au făcut din suferință conceptul esențial al vieții (stoicii, Seneca), alții au evitat durerea în căutarea fericirii (I. Baciu).

În ginecologie, durerea este unul din semnele triadei lui Pozzi. Frecvența ei în cadrul celor trei simptome cardinale ocupă primul loc (80 %). Dar nu numai în ginecologie, ci în întreaga patologie umană, prin frecvența sa considerabilă, prin varietatea aspectelor și prin dificultățile de diagnostic diferențial, durerea constituie o problemă foarte importantă în medicină.



Scanned with OKEN Scanner

Dificultățile apar și cu încercarea de a formula o definiție precisă. Din această cauză putem întîlni și caracterizări ca „senzație neplăcută", „emoție opusă celei plăcute", „mecanism protector împotriva agenților nocivi" ș.a.

Danielopolu definește durerea „unul din fenomenele anormale perceptive, care compun un sindrom perceptivo-reflex, provocat de o excitație anormal de intensă a unei căi senzitive hiperreactive, pe oricare punct al căii senzitive (terminații, cale, centri), constînd într-o suferință specială locală hipercenestezică totdeauna raportată la extremitatea căii senzitive excitate".

Deci durerea este o hipercenestezie locală ajunsă la maximum. Ea constă dintr-o serie de reacții suprapuse de la nivel periferic pînă la scoarța cerebrală, diferențiate după intensitatea, durata și semnificația psihică a stimulului, alcătuind un complex de reacții de alertă și răspuns organic la agresiune în condițiile în care stimulul depășește limitele toleranței fiziologice (I. F. Dumitrescu).

Magendie, marele fiziolog francez, pretindea că durerea este o necesitate a naturii (ceea ce pînă la un punct este adevărat — n.a.), iar a opera bolnavi care nu simt durerea e tot una cu a opera bolnavi în stare de comă alcoolică sau a opera un cadavru.

Pentru acest motiv, unii obstetricieni din trecut nu calmau durerile de parturiție.

Este incontestabil că durerea are și un rol de apărare, dar ea trebuie totuși combătută, deoarece determină reacții nocive, care agravează cursul bolii. Importanța ei este așa de mare încît afirmația că ea „omoară ca și hemoragia" nu constituie o figură de stil, ci un adevăr.

Condițiile de viață actuale, trepidante, au făcut să crească sensibilitatea dureroasă și concomitent tendința de a consuma pînă la abuz analgetice, tranchilizante, neuro-



Scanned with OKEN Scanner

leptice, conduită incorectă, deşi „sedare dolorem divinum est".

Cu toate progresele făcute în analiza durerii, mai sînt încă dificultăţi de învins pe plan experimental. Omul dispune de un fond afectiv emoţional, care denaturează realitatea şi dimensiunile durerii, comparativ cu reacţiile afective prea sărace ale animalului, reacţii prea stereotipe. Se adaugă diferenţele de organizare nevraxială dintre om şi animal, iar pe plan clinic faptul că omul posedă o individualitate proprie, care alterează, modifică caracterul primar al senzaţiei. El, omul, supraadaugă la senzaţia dureroasă componenta afectiv-emoţională, transformînd-o în durere patologică.

Din punct de vedere terapeutic nu s-a ajuns încă la soluţii complet satisfăcătoare.

Durerea este în adevăr o senzaţie. Excitaţia capătă însuşiri noi, transformîndu-se în senzaţie numai în capătul cerebral al analizatorului, adică în cortex. Prin urmare, durerea reprezintă, fără îndoială, rezultatul unei funcţii cerebrale.

Scoarţa constituie unicul organ unde se formează legăturile temporare şi nu talamusul, aşa cum au afirmat unii cercetători occidentali sau americani (Sherington, Holms, Cushing, Forster, Laignel-Lavastine). Dovada o constituie faptul că se pot crea reflexe condiţionate cu ajutorul durerii. Pşonic, din laboratorul lui C. M. Bîcov, a elaborat şi la oameni reflexe condiţionate, persistente, la durere. S-a dovedit că o excitaţie subdureroasă trece în una dureroasă sub influenţa unui excitant condiţionat. Astfel ne explicăm durerea „psihogenă" şi durerea după extirparea organului sau sursei dureroase. O altă dovadă convingătoare că durerea este funcţie corticală şi nu talamică, este faptul că ea poate fi suprimată prin sugestie, adică acţionînd prin intermediul celui de-al doilea sistem



Scanned with OKEN Scanner

de semnalizare, care reprezintă indubitabil o funcție a cortexului.

După Razdolschi, importanța durerii depășește cadrul unei probleme individuale. Ea cauzează suferințe nu numai bolnavului, ci tulbură într-o oarecare măsură toate funcțiile organismului, inclusiv relațiile de reciprocitate ale suferindului cu lumea înconjurătoare. O astfel de durere, dacă e prelungită scade în mod permanent valoarea socială a individului și uneori îl exclude îndelungat de la activitatea productivă.

## NATURA FENOMENULUI DUREROS

Pînă nu de mult au avut credit și au influențat concepția și practica medicală cîteva teorii cu privire la această temă. Astfel :

a) *Teoria intensivității* (Darwin E., 1794) pretindea că orice cale senzitivă poate deveni o cale de transmitere a durerii (nespecificitatea senzației dureroase), reprezentarea centrală fiind foarte difuză.

b) *Teoria energiilor senzitive specifice* (Müller, 1826) susținea importanța receptorului, încît „fiecare nerv aferent conduce un anumit tip de senzații, indiferent de modul în care este stimulat".

Lucrările lui Heinbecker, Bishop și O'Leary în 1934 și teoria conductibilității nespecifice a sistemelor activatoare din trunchiul cerebral elaborată de Magoun și Moruzzi în 1949—50 au invalidat aceste concepții.

Legea valabilă în prezent este următoarea : „între viteza de conducere în fibra nervoasă și diametrul său este



Scanned with OKEN Scanner

un raport proporțional". Cu cît diametrul fibrei este mai mare, cu atît viteza de conducere e mai rapidă, iar pragul de excitabilitate ca și rezistența la compresiune cît mai scăzute.

## TIPURI DE FIBRE NERVOASE

Fibrele care conduc impulsul dureros sînt mielinizate și nemielinizate (Gasser și Erlanger, Arseni).

1) *Fibrele mielinizate* sînt de tip A, au un $D = 2—16$ microni și o viteză de conducere de 10—120 m/s.

După grosime se deosebesc în :

— fibre alfa, eferente, cu cea mai mare viteză de conducere, 60—120 m/s. Ele intră în constituirea „unității motorii", destinate musculaturii, conduc excitația în reflexele tendinoase ;

— fibre beta, mediază discriminarea tactilă, presiunea, simțul muscular. Au un $D = 7—15$ microni și viteza de conducere 42—90 m/s ;

— fibre gamma și delta. Ele au $D$ cel mai mic, 4—8 microni. Mediază tactul, durerea ascuțită, înțepătoare și t°, în special fibrele delta. Viteza de conducere : pentru A gamma 24—48 m/s ; pentru A delta 15—25 m/s. Prin activitatea fibrelor delta sînt provocate în special reflexe de apărare, cu reacție de alarmă, tahicardie, hipertensiune, midriază ;

— fibre epsilon ?

2) *Fibre B — vegetative*. Nu se pot distinge practic de fibrele delta. Viteza de conducere este aproximativ aceeași.



Scanned with OKEN Scanner

3) *Fibre C (nemielinizate).* Au un $D \leqslant 1$ micron și viteza de conducere de 1—2 m/s. Aceste fibre mediază durerea cu caracter întîrziat și cu nuanță de arsură. Caracterul de conducere al acestor fibre constituie al doilea tip de durere : mascată sau dominată de durerea mediată de fibrele delta.

Fibrele mielinizate sînt sensibile la presiune.

Furnicăturile într-un membru, apărînd după o apăsare mai prelungită, dovedesc această afirmație. Fibrele nemielinizate sînt mai rezistente la presiune, se deprimă primele la narcotice și ultimele prin compresiune și hipoxie.

Prin medierea fibrelor C se produc reacții generale, ca bradicardie, hipotensiune, vomitări.

În concluzie, senzația dureroasă este mediată de fibrele delta din tipul A și de fibrele de tipul C.

Fibrele delta (mielinizate) mediază durerea primară, fibrele amielinice C durerea secundară, cu caracter de arsură din procesele inflamatorii, durerile cauzalgice.

Cu toate argumentele teoretice și clinico-experimentale, această teorie nu este unanim admisă.

Pentru metabolismul nervului au mare importanță glucidele. Vitamina $B_1$, cofermentul cocarboxilazei, este necesară metabolismului glucidic normal.

Sinteza acetilcolinei din acidul acetic și colină este controlată de acidul pantotenic, care are rolul de cofer-ment pentru faza colinacetilării.

## SUBSTANȚELE ALGOGENE, MEDIATORI CHIMICI AI INFLAMAȚIEI

Natura stimulilor dureroși este foarte variată. Există stimuli mecanici, termici, electrici, chimici, tulburări circulatorii, tracțiuni și distorsiuni vasculare.



Scanned with OKEN Scanner

Sînt citate ca substanțe algogene :

— esterii monohalogenați ai acidului acetic,

— cetonele halogenate,

— cianurile halogenate,

— formaldehida,

— uleiul de muștar cu izotiocianat de alil,

— acetilcolina și noradrenalina (modificînd microcirculația),

— polipeptidele (leucotaxina — Menkin, leucopenina, pyrrexina etc.),

— bradichinina, kalidina,

— histamina, serotonina (mediatori chimici în inflamație),

— proteazele (plasmină, kalicreină, alfa globulină, hialuronidază, substanțe din sistemul adenilic etc. în același proces inflamator),

— injectarea de substanțe care precipită calciul (oxalați, citrați) poate cauza dureri de mare intensitate.

Unele substanțe, mediatori chimici, ar fi eliberate în urma unei leziuni tisulare. S-au produs chiar dovezi experimentale. Mai adăugăm și faptul că inflamația transformă un stimul nealgogen în unul algogen.

Aceste substanțe eliberate sînt cele din grupul histaminei, serotoninei, polipeptidelor, bradichininei, denumite de școala fiziopatologică engleză „pain productive substance" sau „P.P.S."=substanță producătoare de durere. Probabil că nu e singurul mecanism eliberator (Beecher, 1946). Cercetări clinico-experimentale moderne demonstrează rolul fundamental în declanșarea stimulului dureros, al bradichininei și kalidinei. În plasmă, ambele sînt legate de o alfa 2-proteină. Din această legătură proteică sînt eliberate de factorul XII Hageman activat prin endotoxine, tulburări ale integrității vasculare, anoxie, contact.



Scanned with OKEN Scanner

În afară de funcţia de mediaţie chimică, substanţele algogene blochează procesele parţiale de dehidrogenare la nivelul ciclului Krebs.

Mai e de reţinut şi faptul că sînt suficiente concentraţii destul de mici (de exemplu, de Formaldehidă) pentru producerea durerii. În concentraţie mare, cele mai multe substanţe algogene cauzează inflamaţia şi necroza tisulară.

Cum acţionează factorii algogeni ?

Modalităţile de acţiune sînt — cum am văzut şi vom mai vedea — multiple.

Durerea apare ca rezultat al unui proces metabolic denaturat în sens ischemic, la nivelul microcirculaţiei.

În ischemie oxigenul şi substanţele cu rol de carburanţi nu sînt aduse în cantitate suficientă sau eliminarea produşilor de metabolism este redusă, ori chiar suprimată. În aceste eventualităţi apare durerea intensă. O altă modalitate este perturbarea potenţialului de membrană cu ieşirea cationilor în spaţiul extracelular şi stînjenirea activităţii ATP-azei ce depinde de concentraţia ionilor de calciu şi de magneziu.

În inflamaţii se modifică raportul acid hialuronic-hialuronidază. Hialuronidazele au proprietatea depolimerizării ţesutului colagen, în urma cărui fapt se micşorează viscozitatea şi se măreşte considerabil puterea de fixare a apei. Astfel se înlesneşte formarea exudatului în focarele inflamatorii. Edemul inflamator exercită tracţiuni asupra tecilor fibroase colagene ale elementelor nervoase şi produce durere. Cînd edemul se rezoarbe şi elongarea nervilor încetează, dispare şi durerea.

Balakovski (Priroda, 10, 1956) insistă foarte mult asupra acţiunii exercitate de histamină, acetilcolină şi noradrenalină, dar în primul rînd histamina.



Scanned with OKEN Scanner

Aceasta joacă un rol important în multe procese biologice prin influența ei asupra permeabilității vasculare, asupra fenomenelor de vasoconstricție-vasodilitație, cît și asupra contracției musculare și proceselor inflamatorii. Histamina mai are o acțiune de blocare a enzimelor de tipul succindehidrazei, ceea ce duce la o viciere a proceselor de oxidare tisulară. Acest autor folosește în combaterea durerii, foarte mult, antihistaminice cu rezultate bune, adică restabilind metabolismul defectuos al histaminei.

Mai intervine în inflamații faza anaerobă a glicolizei. Se descarcă complexele macroergice (ATP). Glucidele sînt lizate anaerob sub acțiunea unor glucidaze, transformînd polizaharidele în monozaharide cu acumulare de acid acetic, acid piruvic etc. Din cauza metabolismului anaerob sînt alterate mitocondriile și lizozomii.

Crescînd aciditatea locală (*p*H-ul scade) apar durerile. La *p*H = 7,2 nu sînt dureri. Cînd *p*H-ul ajunge la 5,9, ca în inflamațiile acute, durerile sînt mari, pe cînd în abcesele reci, în edeme, exudate, transudate cu un *p*H aproape neutru, ele lipsesc. Deci, un rol însemnat îl are și concentrația ionilor de $H^+$. În adevăr, în inflamațiile acute, concentrația de $H^+$ crește cu toată încercarea de compensare din faza inițială.

Ionul de $K^+$ crește pînă la 30—40 mg inhibînd funcția fagocitară, iar acumularea lui produce durere, fapt verificat experimental (adăugînd mai mult $K^+$ la soluția Ringer injectabilă). Dacă se suplimentează soluția cu Calciu durerea scade. Această observație a încurajat pe unii chirurgi să utilizeze ca anestezic local soluții cu Gluconat de calciu (Lambescu și alții).

Se adiționează la toate acestea acțiunea substanței P, un metabolit acumulat în componența căruia intră cu rol dominant potasiul (Lewis 1942) sau Kininele elaborate de factorul XII activat.



Scanned with OKEN Scanner

Pentru întreținerea evoluției cronice a unor inflamații ar mai interveni factorul studiat de Willoughby și Spector „lymph node permeability factor".

Nici metabolismul grăsimilor și proteinelor nu rămîne normal, acestea fiind scindate incomplet cu consecințele acumulative din partea corpilor cetonici, a acizilor grași, albumozelor, peptonelor și aminoacizilor.

În fazele avansate ale inflamației acționează unii cataboliți ai metabolismului acizilor nucleici.

În cele de mai sus am insistat mai mult asupra unor procese metabolice în inflamații în dorința de a aduce cît mai multă lumină și înțelegere în cauzalitatea durerii prin deranjamente de ordin metabolic, care desigur nu sînt singurele și nici izolate, ci în strînsă interrelație cu alte procese fundamentale de alt ordin (distrofic, proliferativ, exsudativ și de migrare leucocitară).

*

În tulburările structurilor superficiale și ale nervilor periferici durerea este de obicei localizată. În cele ale structurilor profunde ea este mai puțin localizată sau este difuză.

Durerea profundă poate fi raportată la alte zone ale corpului. Reacția la durere fiind o funcție a centrilor nervoși superiori, poate fi extrem de variabilă și influențabilă de numeroși factori. Este totdeauna strict necesar să se determine etiopatogenia ei (infecție, ulcerație, distensie, anoxie, spasm), ceea ce nu totdeauna este posibil (exemplu, nevralgia de trigemen).

Din cauză că factorii psiho-emoționali pot influența în mare măsură pragul durerii, e foarte indicat să se ia în



Scanned with OKEN Scanner

considerare rolul jucat de „placebo“ și de al doilea sistem de semnalizare în cadrul tuturor măsurilor terapeutice de combatere a durerii.

## DUREREA SOMATICĂ ȘI DUREREA VISCERALĂ

Durerea somatică este divizibilă în superficială și profundă.

Prima este supărătoare și cauzată de stările patologice ale pielii. Terminațiile senzitive ale nervilor sînt iritate de histamină. Interpretarea este diferită după autori. Unii (Lewis) susțin că hiperalgezia cutanată este un reflex axonic, alții (Hardy) că are o origine centrală. Hiperalgezia este influențată de frig (o scade) sau de căldură (o exagerează).

Durerea somatică profundă este foarte neplăcută, sfredelitoare și coexistă cu tulburări vegetative. Aici factorul etiologic principal este ori traumatismul ori infecția, iar agentul efectiv eliberarea potasiului și ischemia.

Durerea musculară profundă se întovărășește de contractură și hiperestezie cutanată extinsă pe suprafața inervată de nervul regional cerebro-spinal pe ale cărui extremități senzoriale peritoneale acționează stimulul dureros.

Durerea viscerală este reflectată, adică are un caracter central. De obicei ea nu este bine localizată. Se reflectă la cele mai multe bolnave — nu la toate — către zona somatică sau scheletică inervată de nervii cerebro-spinali, care își au originea în acele segmente ale măduvei spinale care inervează viscerele.



Scanned with OKEN Scanner

Durerea psihogenă trebuie bine investigată prin examen clinic, cu o anamneză bine luată pentru a determina cu tact pe bolnavă să încredinţeze medicului stressul psihic suferit sau pentru a depista un sindrom neuropsihic coexistent.

Pentru înţelegerea mai bună a fenomenelor legate de durere, prezentăm şi următoarele explicaţii (după I. Fl. Dumitrescu).

*Focarul iritabil şi reflexul viscero-senzitiv*

„Impulsul algogen dintr-un viscer constituie „focarul iritabil" descris de Mackenzie. Acest impuls este descărcat spre neuronii senzitivi talamo-corticali care proiectează falsa senzaţie în dermatomul sau zona Head, corespondent". Acesta este de fapt reflexul viscero-senzitiv.

*Proiecţia şi referinţa durerilor viscerale sau profunde*

Durere proiectată înseamnă localizarea durerii topografic la extremitatea distală a căilor excitate de un stimul algogen ; exemplu, sciatalgia produsă prin hernia de disc şi compresiune radiculară.

Durere referită înseamnă durere apărută departe de locul unde acţionează stimulul algogen prin intermediul legăturilor nervoase funcţionale între centrii senzitivi stimulaţi şi centrii senzitivi ai tegumentului. Exemplu : dacă injectăm o soluţie hipertonă în ligamentele interspinoase vertebrale producem dureri asemănătoare colicelor viscerale (după I. Fl. Dumitrescu).

*Convergenţă — proiecţie*

Există teritorii alăturate de neuroni somatici şi viscerali în staţiile căii nervoase senzitive, între care este posibilă difuzarea reciprocă a excitaţiei apărută în unul din cele două teritorii, adevărate „plaje funcţionale de convergenţă".



Scanned with OKEN Scanner

Cînd avem centri nervoși comuni, plajele de convergență sînt anatomice. Astfel de plaje anatomice se găsesc în cerebel, talamus, hipotalamus, în zone din „creierul vegetativ al lui Fulton“ etc.

Trebuie însă să recunoaștem cu sinceritate că în clipa de față nu avem încă o teorie unitară asupra mecanismului de producere a durerii.

Astăzi, teoria cu cea mai mare vogă este a lui Melzack și Wall bazată pe existența și funcționalitatea unor porți de control în calea impulsurilor dureroase („gate control system“).

*Calea senzitivă genitală a femeii*

Concepția actuală — după Aburel — asupra inervației intrinsece și extrinsece a aparatului genital feminin este următoarea :

a) Inervația intrinsecă este realizată de fibre și mielinice și amielinice. Terminațiile senzitive ale acestor fibre există sub două forme :

— fibre terminale,

— corpusculi Vater-Pacini (interoceptori).

Interoceptorii genitali au fost puși în evidență morfologic de Keiffer și fiziologic de Aburel și Hulubei, Sirovatco, Lotis, Salganik.

b) Inervația extrinsecă pleacă de la plexul hipogastric inferior și în mică parte de la nervii periarteriali hipogastrici.

Plexul hipogastric superior este format de cei doi nervi hipogastrici uniți median la nivelul promotoriului și fetei anterioare a vertebrei a 5-a lombare. Mai poartă numele de nervul presacrat al lui Latarget și Cotte. Acest plex se continuă în sus cu plexul lombo-aortic, care se conexează cu lanțurile simpatice dorso-lombare.



Scanned with OKEN Scanner

Ramurile din simpaticul sacrat se continuă în sus cu lanțul simpatic paravertebral lombar, apoi dorsal și prezintă conexiuni prin ramuri comunicante cu rădăcinile rahidiene $D_{10}$—$L_2$.

Nervul erigens (pelvian) se racordează cu plexul sacrat.

Ramurile descrise de Astrinski se racordează cu nervul rușinos intern.

Căile senzitive ale inervației extrinsece (numai acestea ne interesează) se cunosc cel mai bine.

Aburel le-a descris o cale principală superioară ascendentă prin plexul hipogastric inferior, prin plexul Latarget-Cotte, plexul lombo-aortic și se racordează prin ramurile comunicante albe în special cu ganglionii spinali ai rădăcinilor rahidiene posterioare $D_{12}$—$L_1$, făcînd sinapsă în măduvă. De aici, sensibilitatea algică (și termică) urmează calea medulară spinotalamică posterioară făcînd sinapsă în talamus, de unde pleacă al treilea neuron pînă la cortex.

Această cale urmează și un alt traiect prin aferențe provenind din lanțul simpatic sacrat, urmînd simpaticul sacro-lombar și racordîndu-se cu aceleași rădăcini rahidiene.

Calea senzitivă secundară inferioară transmite sensibilitatea colului uterin și a treimii superioare a vaginului. Pentru a parcurge aceeași cale spre cortex trece mai întîi prin plexul hipogastric inferior, urmează nervul erigens și pătrunde din plexul sacrat în măduva sacrată.

Fibrele mielinizate asigură transmiterea senzației pînă la cortex.

Fibrele amielinice constituie căi pentru reflexele vegetative.

*Reflexul viscero-senzitiv Head* (proiectarea durerii)



Scanned with OKEN Scanner

Există o serie de dureri superficiale, mialgii, observate la nivelul pereților abdominali și lombari. Aceste dureri sînt adevărate algii reflexe prin mecanismul reflexului viscero-senzitiv. Prin acest reflex durerea poate fi proiectată adesea la o distanță considerabilă de organul afectat. Pe lîngă proiectarea durerii se mai observă : creșterea sensibilității la nivelul teritoriului cutanat corespunzător, reflexe vegetative (sudorație) și somatice.

Mai menționăm durerile la distanță (semnul lui Laffont în sarcina ectopică ruptă) și durerile încrucișate (unele parametrite cicatriciale).

*Durerea și endorfinele*

Solomon Snyder și Candace Perth, farmacologi la Universitatea Johns-Hopkins din Baltimore (America), au identificat în encefal și măduvă la om microreceptori sensibili la acțiunea stupefiantelor și a altor substanțe, cum sînt endorfinele, albuminoide mai simple dar cu asemănarea părții extreioare a moleculelor celor două categorii de substanțe.

Endorfinele au fost izolate și din creierul șobolanilor și porcilor de către Pao Alto (S.U.A.) și Aberdeen (Marea Britanie).

Canadianul Bruce Pomeranz, neurolog din Toronto, a stabilit că producția de endorfine este determinată de o excitație externă, cum este, de exemplu, acupunctura electrică.

Odată produsă, substanța insensibilizează organismul la durere. Extirpînd hipofiza, generatoare de endorfine, durerea reapare.

În concluzie, endorfinele ar fi o barieră protectoare, antalgică. Din nefericire, ele dau, ca și stupefiantele, obișnuință și obligă la creșterea progresivă a dozelor. Relația însă rămîne.



Scanned with OKEN Scanner

# Lombo-sacralgii de cauză obstetrico-ginecologică

Lombo-sacralgiile aparţin — e drept — ambelor sexe, însă sexul feminin plăteşte un tribut mult mai greu, de 20 ori mai greu decît sexul masculin.

În cursul embriogenezei, glandele genitale şi segmentul superior al tractului genital au pornit migraţiunea din regiunea lombară pentru a-şi definitiva sediul în pelvis, dar au rămas intacte conexiunile vasculo-nervoase, explicînd astfel proiectarea durerii, în suferinţa lor, pînă la locul de unde au pornit.

În lucrarea de faţă tratăm în special lombo-sacralgiile mai mult sau mai puţin cronice pe care anglo-saxonii le denumesc cu termenul de „Back-Ache“ (dureri de spate).

Aceste algii pot recunoaşte o cauză ginecologică sau nu şi de aici reiese dificultatea serioasă în atribuirea etiologiei.



Scanned with OKEN Scanner

În acest sens, Laffont spunea cu multă dreptate : Toate elementele care formează regiunea lombară pot fi sediul acestor dureri. Axul vertebro-ligamentar al coloanei lombare este flancat de mase musculare care joacă un rol în mers (psoasul), în staţiunea bipedă (masa sacro-lombară), în orientarea bazinului osos, precum şi un rol antagonist relativ în deficienţa muşchilor largi ai abdomenului, care, deficitari fiind, influenţează tonicitatea masei sacro-lombare.

Se vor aborda în discuţie toate cauzele osteo-musculo-ligamentare legate de o tulburare posturală, de reumatismul vertebro-muscular, de hernia de disc, de osteomalacia gravidică, cancerul vertebral, de boala lui Pott sau de anomalii congenitale.

În al doilea rînd se vor avea în vedere rinichiul cu căile sale excretoare şi afecţiunile tubului digestiv, asupra cărora vom reveni, ca şi stările nevrotice.

## CARACTERISTICI MORFOLOGICE ALE CORPULUI FEMEII

Din acest punct de vedere, trebuie să reţinem că mersul biped al femeii îi conferă anumite caracteristici ortopedice în raport cu femelele patrupede.

În comparaţie cu bărbatul, femeia posedă, din cauza rolului jucat în perpetuarea speciei, o „capacitate funcţională“ în statică, mai mică, mai puţin stabilă.

Iată, din acest punct de vedere, cele mai importante elemente de diferenţiere între bărbat şi femeie. La femeie :



Scanned with OKEN Scanner

— lordoză vertebrală mai accentuată chiar în afară de sarcină ;

— diametrele bazinului mai largi ;

— promontoriul mai puțin proeminent ;

— ilioane mai plate ;

— simfiză mai scurtă ;

— unghiul pubian mai larg ;

— oasele mai gracile ;

— musculatura scheletică mai slabă și cu tendință la diastazis ;

— capacitate abdominală mai mare ;

— statică și poziție a corpului variabile sub influența modificărilor din perioadele gravido-puerperale. Bărbatul are la sfîrșitul perioadei de creștere o „statică habituală automată“ (Haglund) ;

— relaxări apreciabile în articulațiile bazinului în faza premenstruală, ca fenomen pregravidic sub influența profilului hormonal (Mühle, von Massenbach) ;

— lordoză exagerată pentru compensare statică în ultimele luni de sarcină ;

— în caz de supraîncărcare statică aparatul de sprijin și susținere devine relativ insuficient. Vom reveni asupra acestei probleme cînd vom vorbi despre lombo-sacralgii funcționale.

Cu toate detaliile expuse, nu este inutil să subliniem unele particularități clinice, producătoare de confuzii. Iată două exemple :

1) *La o lombalgică în vîrstă de 40 ani* s-a depistat o polifibromatoză uterină pentru care s-a practicat histerectomia, urmată de o perioadă de acalmie, după care lombalgia a reapărut. Ortopedistul descoperă o basculă a bazinului prin inegalitate de lungime a membrelor inferioare, bine compensată în timpul mersului. Corectarea inegalității

Scanned with OKEN Scanner

de lungime printr-o talonetă a dus la dispariția definitivă a acuzei lombare.

2) *Cazul lui J. Frazer :* unei femei lombalgice i s-a efectuat o apendicectomie, o ovariectomie dreaptă, apoi o histeropexie și final o histerectomie totală. Tulburarea persistînd totuși, s-a aplicat o centură sacro-iliacă cu rezultate foarte bune. Fusese vorba de suferințe vertebrale, simulînd dureri viscerale (Ballantyne-Harvard Medical School — S.U.A.).

Multe purtătoare de cicatrici abdominale se simt bine în ceea ce privește lombalgiile lor, dar un timp limitat, ca o consecință a repausului postoperator, după care neplăcerea revine.

## INERVAREA ORGANELOR PELVIENE

Reproducem după H. Martius o schemă din care rezultă cum unele afecțiuni ale rachisului pot fi luate drept tulburări genitale.

Sistemul nervos autonom care inervează organele genitale interne dispune de fibre speciale (fibre neuro-senzoriale), în sistemul simpatic al cărui releuri celulare se fac prin ganglionul rădăcinii posterioare în măduvă. Aceste fibre neuro-senzoriale pătrund în măduva terminală. Numai stimulii anormali ai organelor genitale interne sînt transmiși la cortex și determină o senzație dureroasă, care este proiectată în regiunea lombară ai cărei nervi senzitivi pătrund în măduvă la același nivel. Astfel, această durere este percepută sub aspectul unei lombalgii. Agenții care produc stimuli anormali principali sînt : disten-



Scanned with OKEN Scanner

siunea pereților organelor genitale interne sau a intestinului, torsiunea, tracțiunea, presiunea directă pe nervul presacrat, pe sacrum.

Nervii simpatici ai peritoneului, ai mezourilor, ai organelor genitale externe, ai planșeului pelvian pătrund în măduvă la același nivel.

## ETIOLOGIE

După o anamneză bine luată, examenul genital trebuie făcut cu aceeași atenție.

La inspecție se va evalua starea glandelor lui Bartholin, gradul de contenție a perineului solicitînd blonava să facă un efort de tuse, labiile fiind îndepărtate. Examenul cu valvele sau speculum este obligatoriu pentru starea vaginului, fundurilor de sac (endometrioză ?), dar mai ales pentru examenul colului (este el hipertrofic, prezintă leziuni benigne sau maligne ?).

Combinînd tactul vaginal cu palparea abdominală se va evalua gradul de coborîre uterină în vagin, starea țesutului celular pelvian (există și în ce măsură o infiltrație inflamatoare cronică a acestuia ?), dacă există sau nu procese inflamatorii anexiale, devieri sau deplasări ale uterului, modificări ale ligamentelor utero-sacrate sau cardinale, noduli de endometrioză, chiste, tumori. În sensibilitatea difuză a pelvisului ne gîndim la congestia pelviană, nevralgia ovariană, varicocelul pelvian, plexalgii.

În fine, analizăm datele cu privire la anomaliile menstruale și de postpartum. De asemenea, caracterele menopauzei la femeile în această situație.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru orientarea diagnosticului, examinatorul trebuie să aibă în vedere și alte caractere particulare ale algiilor lombo-sacrate de cauză ginecologică :

a) aproape totdeauna sînt asociate cu durerile abdomino-pelviene ;

b) ele sînt declanșate sau exagerate prin tușeul vaginal ;

c) palparea regiunii lombo-sacrate nu evidențiază nici un punct dureros precis ;

d) mișcările active la nivelul rahisului lombar nu le influențează sensibil ;

e) ponta ovulatorie și menstruația le exacerbează.

## DEVIAȚIA POSTERIOARĂ A UTERULUI

Problema retroflexiei și retroversiei uterine a suferit în actualitate o remaniere. Altădată, constatarea simplă a acestei deviații la o femeie cu lombalgie impunea actul operator al histeropexiei sau ligamentopexiei. După o îndelungată practică a acestei operații și după o apreciere a rezultatelor îndepărtate s-a constatat că această conduită nu era corectă decît în anumite cazuri. Sînt multe devieri uterine, congenitale sau cîștigate, care nu dau nici o neplăcere.

Din experiența noastră am constatat că un procent de 24 % din operatele cu ligamento-histeropexii acuzau mai departe dureri lombare, cu toată reușita actului operator. Reexaminînd cauzele s-a remarcat că aceste bolnave prezentau una sau mai multe din aceste stări :

— gastro-enteroptoză,

— nefroptoză,



Scanned with OKEN Scanner

— insuficiența planșeului pelvian,
— hipoplazie uterină,
— parametrite scleroase post-inflamatorii,
— scleroza vaselor ligamentelor largi în menopauză,
— afecțiuni extragenitale (intestinale),
— relaxare musculară globală.

Toți autorii — e drept — sînt de acord cu corectarea poziției uterine doar în următoarele situații :

— retroversie-flexie uterină cu uter mare, congestionat, aderent posterior, comprimînd elementele anatomice situate înaintea sacrului ;

— asocierea cu endometrioza, cu sindromul Masters-Allen ;

— asocierea cu prolapsul vaginal (tracțiune a ligamentelor utero-sacrate) ;

— stază venoasă ciclică producătoare de dureri spastice, tracțiune ligamentară, compresiuni pe plexurile hipogastrice (Uebermuth) ;

— dispareunie prin ovar chistic prolabat.

Iată deci cu cîtă circumspecție trebuie privită problema retroversiei și retroflexiei uterine.

Totuși un tratament trebuie aplicat și în afara celui chirurgical. Principiile tratamentului nesîngerînd sînt următoarele :

a) ameliorarea stării generale (medicație tonică) ;

b) reeducare musculară prin masaje, repaus, gimnastică medicală ;

c) reducerea deplasării uterine ;

d) fizioterapie (diatermia, undele scurte).

Pentru corectarea poziției uterine se mai recomandă masajul ginecologic, corect aplicat, cu sau fără anestezie locală și decubitul ventral în timpul somnului.

La ginecologii englezi este încă în obicei, aplicarea unui pessar Hodge pe o perioadă de patru săptămîni. Teh-

Scanned with OKEN Scanner

nica ar constitui un test de control. Dacă lombalgia a regresat, aceasta ar fi o dovadă că malpoziția uterină a fost factorul etiologic al lombalgiei și deci poate fi recomandată ligamento-histeropexia pe cale chirurgicală.

Cu problema fibromului uterin am abordat rolul **tumorilor genitale benigne și maligne.**

După toți autorii consultați, precum și din experiența noastră rezultă că tumorile genitale sînt, incontestabil, o cauză de lombalgii, dar nu toate și nu în raport direct cu volumul lor. S-au putut observa chiste ovariene și fibroame voluminoase suportate fără nici o obiecțiune din partea purtătoarelor lor și în schimb tumori ovariene de volum redus, dar anclavate în pelvis pentru care bolnavele au acceptat fără rezerve actul operator pentru a scăpa de durerile pelviene și lombare.

CANCERUL UTERIN : Contrar descrierilor clinice curente, nu rareori cancerul colului uterin poate debuta cu dureri lombare, ceea ce expune la regretabile erori de diagnostic. Explicația lombalgiei ca semn de debut este una singură : infecția secundară a leziunii canceroase. Într-un studiu mai înaintat, aceste dureri se explică — cum e ușor de înțeles — prin extinderea locoregională, metastaze osoase, limfangită canceroasă.

Pentru a fi pe calea diagnosticului se va practica examenul genital, colposcopia, biopsia în faza de debut și în fazele mai avansate adenolimfografia și examenul radiologic pentru descoperirea metastazelor osoase vertebrale.

În cancerul de corp, lombalgiile apar tîrziu. Cauza lor constă în invadarea ligamentelor largi sau invadarea peritoneului.



Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul curativ este chirurgical și fizioterapic. Tratamentul chirurgical, în cursul secolului al XIX-lea, a fost limitat la amputația colului și statisticile recunosc oarecare succese în cazurile incipiente și localizate cervical.

Spre surprinderea noastră, au mai fost (1956) chirurgi, ca Hinselmann (din Altona), care au reluat această veche tehnică în stadiul zero și stadiul unu, ori au efectuat electrocoagulări lărgite cu aparate de mare putere, anunțînd cîteva succese ușoare. Astăzi tratamentul de largă exereză a celor mai mici leziuni rămîne un principiu fundamental al canceroterapiei. Noi am practicat colpohisterectomia lărgită cu limfadenectomie, în stadiile 1 și 2 cu vindecare clinică peste 5 ani, în 75% din cazuri. În formele exofitice, avem vindecări care durează și de 20 de ani. Am preferat totdeauna calea abdominală. Menționăm colpohisterectomia pe cale para-vaginală sau perineală practicată de Schauta și în țara noastră, aproape exclusiv de Salvator Vuia.

CURIETERAPIA ȘI ROENTGENTERAPIA. Prima a fost pusă la punct de Cl. Regaud și colaboratorii. Pericolul mare este infecția, care din latentă devine activă, provocînd prin manipulații terapeutice complicații grave în pelvis și chiar septicemii. Ea este completată prin telecurieterapie sau roentgenterapie. Adjuncția iradierii exterioare a ameliorat statisticile pentru toate stadiile.

Cobaltul radioactiv emite raze beta și gama superioare calitativ celor emanate de radiu. Avînd multe avantaje, cobalto-terapia va căpăta un caracter de ubicuitate.

Tratamentul radio-chirurgical (curieterapie+exereză largă iradiere cu energie înaltă) oferă cele mai bune rezultate deocamdată și astăzi este încă preferat.

Pelviectomia a fost încercată, dar ea a rămas o metodă chirurgicală de excepție.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul durerii în cazurile ce depășesc resursele terapeutice :

— cura fistulelor prin derivare în amont ;

— colostomia, ureterostomia ;

— intervenții neuro-chirurgicale (Leriche = secțiunea măduvei — fasciculul spino-talamic ; Putnam = mielotomia comisurală posterioară ; infiltrarea novocainică intracerebrală ; lobotomia frontală acuzată de depersonalizare) ;

— morfinizarea.

În cancerul corpului uterin, tratamentul este în primul rînd chirurgical. În această localizare prognosticul este mai bun, cu excepția sarcomului.

## TUMORILE OVARIENE

Unul din capitolele cele mai obscure din toată patologia umană este acela al tumorilor ovariene (Brocq și Robert — 1956). J. de Brux (1945) motivează această afirmație prin aceea că prin diversitatea lor clinică și histologică dezorientează atît pe clinicieni, cît și pe anatomopatologi.

Pentru lucrarea de față, tumorile ovariene interesează în măsura în care ele au contingență cu durerile lombare. În adevăr, chistele ovariene sînt destul de frecvent cauză a lombalgiilor, iar ceea ce impresionează este nu atît volumul, cît mai ales natura lor.

În studiul clinic general al tumorilor ovariene se specifică modalitățile de geneză a durerilor :

— una din cauze este inflamația pelviană concomitentă sau inflamația chistului ;



Scanned with OKEN Scanner

— altă cauză : iritațiile și tracțiunile pe ligamente ;
— torsiunea tumorilor pediculate ;
— compresiunile nervoase ;
— eforturile de redresare a echilibrului static al mușchilor lombari și psoas iliac în cazul tumorilor gigante.

Dacă încercăm o ierarhizare a tumorilor ovariene după potențialul lor algogen, am putea spune că în prima linie stau tumorile maligne ale ovarului și trompei lui Faloppe și chistele papilare (cu conținut șocolatiu) sau papiloamele.

Acestea din urmă au o tendință mare la dezvoltare intraperitoneală. Multe evoluează intraligamentar sau subperitoneal, fiind aproape totdeauna bilaterale.

Chistele papilare sînt cele mai ascitogene dintre tumorile ovarului. În procent de 50% se cancerizează, devenind repede inoperabile. Diagnosticul diferențial în cazul lombalgiilor este ușor, deoarece la aceste dureri lombare se asociază constatările examenului fizic, tulburările digestive și cele urinare.

În ordinea a doua se înscriu chistele seroase sau foliculare. Categoria chistelor simple trebuie considerată ca materie histologică identică, dar cu fenomene foarte diferite. Unele nu sînt tumori, ci leziuni distrofice (chiste foliculinice, chiste luteinice, chiste hematice, datorite endometriozei). Tot aici se încadrează chistele cu peretele redus la o membrană conjunctivă subțire și cu un conținut seros.

Insistăm asupra chistelor ovariene pentru că ele sînt extrem de frecvente (Brocq), pentru că de multe ori nu sînt recunoscute și pentru că diagnosticul de chist ovarian impune în principiu intervenția chirurgicală.

Care sînt chistele care se torsionează ?

La această complicație sînt predispuse chistele dermoide și chistele de volum mijlociu cu pedicul lung.

Scanned with OKEN Scanner

În ordinea a treia rămîn restul tumorilor ovariene care se pot întovărăși sau nu de lombalgii, după care sînt sau nu dotate cu una din modalitățile de algogeneză.

*Tratamentul :* Ca regulă generală orice chist sau tumoră ovariană întovărășită sau nu de lombalgie trebuie extirpată chirurgical.

Tumorile maligne prind peritoneul pelvian vecin și ligamentele destul de precoce, iar examenul ginecologic simplu nu permite determinarea cu ușurință a naturii procesului de proliferare, din care cauză laparotomia exploratrice devine o necesitate stringentă și netergiversată.

Sînt situații cînd nu se mai poate face nimic, totuși chiar în cazurile avansate vom practica o exereză cît mai completă posibilă urmată de chimioterapie și radioterapie profundă. Experiența noastră (Lambescu și Proștean) confirmă valabilitatea acestei conduite.

Se speră încă un progres de la terapia cu radioizotopi.

Din întreaga literatură medicală recentă reiese o regulă preventivă : orice tumoră ovariană la o femeie trecută de 40 ani trebuie extirpată chirurgical.

## INFECȚIILE GENITALE

Infecțiile genitale și relațiile cu lombosacralgiile trebuie înțelese în următoarele limite :

— Interesează întregul grup de la bartholonită și pînă la peritonită generalizată de origine genitală, cu deosebiri și particularități proprii fiecărei localizări.



Scanned with OKEN Scanner

— Lombalgiile sînt în adevăr un simptom frecvent în inflamațiile tractului genital feminin, dar nu constant.

— Lombalgiile persistă uneori, dacă au existat, chiar după dispariția durerilor abdominale sau pelviene, explicîndu-se prin reflexe dureroase cauzate de o periviscerită, epiploită, aderențe, celulită retroperitoneală torpidă, plexite, nevroame (descrise de Masson), vegetonevrite.

— Un alt caracter, mult discutat, este mascarea lombalgiilor de cauză ginecologică printr-o serie de tulburări nervoase și generale de tip nevrotic, mai ales în formele învechite ale inflamațiilor, cronicizate, întreținînd leziuni scleroase. Suferințele apar ca indefinite, interminabile : dureri de tot felul în diferite regiuni ale corpului (dorsale, lombare, pelviene), chiar în membre. Aspectele sînt diferite, modalitățile, caracterele la fel. Bolnavele se plîng de tulburări dispeptice, ameteli, indispoziții imprecise, palpitații, transpirații etc., realizînd „pelvipatia vegetativă" (Heyrovsky, Cyron ș.a.) sau „neuro-distonia pelviană" (Schokaert). Repercusiunile la distanță pot fi atît de polimorfe și proteiforme încît medicul cel mai versat e în pericol de a fi îndreptat într-o direcție greșită.

**Cervicitele și eroziunile cervicale.** Înglobate și în termenul de metrite cervicale, acestea nu sînt altceva decît focare de infecție cronică, fără tendință la vindecare spontană și foarte rezistente la tratament. Cînd apar circumstanțe favorabile (congestii pelviene, abuzuri sexuale, răceli, infecții, abstinența de la tratamente), infecția se propagă spre anexe, iar prin limfaticele colului la țesutul celular pelvisubperitoneal și ganglionii regionali.

Între cauze unele sînt favorizante (nașterile, avorturile) altele determinante (agenți patogeni).

Autori ca Schleyer-Saunders au observat că inflamațiile colonului pelvian și rectului au un rol incontestabil în



Scanned with OKEN Scanner

transferul agentului patogen, prin constipație, la colul uterin.

Numeroase femei suferă de constipație și colibacilul cauzează multe anexite colibacilare și metrite ale colului, dar singură constipația nu este de ajuns, mai este necesar un grad de colită, perisigmoidită sau rectită. Prin această posibilitate etiologică nu se minimalizează ceilalți factori favorizanți și determinanți, ci se face o completare la acțiunea acestor factori. Ținînd cont de toate aceste cauze, tratamentul apare complex și trenant. Condițiile oferite de treimea superioară a vaginului nu sînt propice unei vindecări rapide. Alcalinitatea, umezeala, căldura, întunericul, accesibilitatea îngreunată la domul vaginal sînt condiții care frînează vindecarea. Totuși vom interveni cu toate mijloacele curative, perseverent și intens utilizînd topice, antibiotice, electrocoagularea și la nevoie amputația colului după tehnica lui Sturmdorf, care dă rezultate foarte bune și pe care noi o practicăm cu succes. În cazul cînd este o componentă recto-colitică, vom acționa terapeutic și în această direcție.

**Prolapsul genital.** E foarte interesant că în cazul „deplasării mitrei" femeile vin la consultație pentru unele simptome funcționale, anume pentru greutatea pe care o simt în pelvis, pentru durerea în lombe, iradiind spre rădăcina membrelor inferioare, mai ales în mers și efort. E vorba de femei în vîrstă sau uneori încă tinere, care recunosc în plus constipație cu tenesme, disurie, polakiurie. Aceasta este situația în prolapsul de gradul I la care găsim un uter puțin retroversat, un col jos situat, o vulvă beantă, un perineu cicatricial, subțiat.

La speculum colul apare adeseori metritic, cu orificiul extern transversal, de multipară.



Scanned with OKEN Scanner

În prolapsul de gradul II, unde diagnosticul este evident, prin proeminarea rectului și vezicii în afara vulvei, semnele funcționale sînt mai accentuate.

Prolapsul complet și prolapsul vaginal izolat sînt rareori generatoare de dureri lombare.

E de la sine înțeles că prolapsul genital cauzează durerile lombare, în primul rînd prin tracțiuni pe aparatul de suspensie. Evoluția durerii este următoarea :

În formele insidisoase, durerea este slab exprimată. Ea se amplifică pe parcurs în raport cu complicațiile uterului retrodeviat (infecții genitale, avorturi).

Procesul continuînd, durerea din pelvis iradiază în lombe și spre sacru, exacerbîndu-se prin eforturi fizice, ciclu menstrual, raporturi sexuale. Cîteodată durerea iradiază nu numai în lombe, ci și în coapse.

Ceea ce surprinde și aici este faptul că unele femei cu un grad redus al prolapsului acuză o suferință accentuată, iar altele cu prolapsuri avansate putînd efectua munci destul de grele, cu suferințe minime.

Tratamentul curativ al prolapsului genital este medical (conservator) și chirurgical.

Procedeele sînt multe și fiecare cu avantaje și dezavantaje. Chirurgul trebuie să prefere procedeul cel mai indicat pentru fiecare caz în parte. Principiul de bază al curei chirurgicale este : recondiționarea poziției uterine și refacerea planșeului pelvian.

Tratamentul medical este reconstituant. Utilizînd o terapeutică hormonală tonificăm musculatura perineului.

**Parametrita posterioară** în mod deosebit afectează ligamentele utero-sacrate și predispune la lombalgii cronice. Ce este o parametrită ? Virchow a denumit cu acest termen celulitele, adică inflamațiile cronice ale țesutului celular pelvi-subperitoneal.



Scanned with OKEN Scanner

Originea inflamației este variabilă : perineul, vulva, vaginul, uterul și mai rar anexele, acestea avînd o vascularizație sanguină și limfatică este oarecum mai izolată. Propagarea urmează calea limfatică (limfangită). Dacă propagarea se face pe cale venoasă — mult mai rar —, are loc tromboflebita pelviană.

Între semnele funcționale, cel mai important simptom este durerea. Ea are iradieri multiple : în primul rînd lombo-sacrate, dar și inghino-crurale sau perineale.

Subliniem între cauze și importanța unei infecții larvate a colului uterin (cu limfadenita ganglionilor lombo-aortici), ca și aceea a rectului. Ligamentele utero-sacrate se retractă și exercită o tracțiune pe nervii sacrați (Cunéo).

Schleyer-Saunders vorbește despre femeile neurotonice frustrate sexual prin coitus interruptus, suferind nu de o parametrită posterioară prin infecție, ci prin spasm al ligamentelor utero-sacrate.

**Plexalgiile.** Din punct de vedere anatomo-clinic se descriu :

1) *Plexalgia (nevralgia) hipogastrică și lombo-aortică*, destul de frecventă și cu deosebit interes practic.

2) *Plexalgia lombo-ovariană.*

3) *Plexalgia sacrată* (e vorba de nervul rușinos intern).

4) *Plexalgia coccigiană* (coccigodinia).

Plexalgia hipogastrică sau nevralgia pelviană, sau după școala franceză simpatalgia se prezintă sub aspecte diferite, după modul de reactivitate a sistemului nervos propriu fiecărei femei și după fiecare perioadă a vieții genitale. La începutul vieții genitale simpatalgia e continuă în micul bazin, dar mai discretă, exagerîndu-se în diferite situații : eforturi fizice, oboseală, muncă cu trepidații, algiile devenind violente și iradiind în lombe în raport cu menstruația (ca epifenomen dismenoreic).



Scanned with OKEN Scanner

În cursul vieții genitale tabloul clinic este mai pregnant, cînd plexalgia devine lombo-aortică (Aburel). Din cauza asocierii unor simptome subiective și exacerbărilor s-au citat cazuri cînd hiperestezia cutanată era așa de pronunțată încît și lenjeria de corp era insuportabilă, sau altele care au necesitat imobilizare la pat.

Contrastînd cu aceste forme atît de accentuate, examenul obiectiv s-a dovedit destul de sărac. Mobilizarea dinapoi înainte a colului uterin produce o durere vie din cauza retracției ligamentelor utero-sacrate, care se simt ca niște corzi (contractură, fibroză). În alte cazuri se mai simte o placă îndurată de celulită în Douglas, exprimînd o parametrită posterioară.

Foarte instructivă este palparea dureroasă transabdominală a promontoriului și a regiunii celiace („plexalgia lombo-aortică"), semn care pledează pentru rezecția nervului presacrat, deoarece aceste plexalgii răspund nesatisfăcător la tratamentele pe bază de sedative. O explicație a insuccesului terapeutic prin calmante o dă interrelația sistem nervos-aparat genital. În adevăr, hormonii genitali condiționează troficitatea nervilor atît direct (administrarea îndelungată și continuă de estrogeni produce modificări la nivelul receptorilor), cît și indirect. Or, tulburările hormonale aici sînt destul de frecvente.

În menopauză rar poate surveni o calmare. Datorită procesului de scleroză, labilității psihice, carenței de vitamină $B_1$, suferința se menține. Nevralgia plexului lombo-ovarian e mai rară. Durerea e lombo-sacrată, în fosele iliace sau iradiază de-a lungul obturatorului.

Organul vinovat de aceste manifestări dureroase este în primul rînd ovarul, datorită leziunilor parenchimului și nervilor proprii. Uterul și trompele sînt pe planul doi din punct de vedere etiopatogenic. Tot în această ordine de idei trebuie să acordăm importanță varicocelului lombo-

Scanned with OKEN Scanner

ovarian. După Tait acest varicocel este mai frecvent și mai marcat în stînga, din cauză că vena ovariană de această parte se abușează în vena renală în unghi drept și fără o valvulă bine structurată. Vena ovariană dreaptă se varsă oblic în vena cavă. Varicocelul dă naștere la procese de scleroză a nervilor și chiar de nevroame (Roux).

Am întîlnit în lunga noastră experiență varice pelviene în pachete, la fel de mari în dreapta cît și în stînga.

Nevralgia rușinosului intern are contingențe cu problemele de față numai prin aceea că se asociază cu celelalte nevralgii, dar aici durerea este localizată la vulvă și perineu cu iradieri inconstante pe teritoriul obturatorului, sciaticului sau femuro-cutanatului și se însoțește de unele tulburări trofice. Diagnosticul îl vom întemeia pe baza durerii provocate de presiunea digitală la locul de emergență a nervului rușinos, punctul ischiatic și ischio-pubic și cîteodată durere provocată la punctul clitoridian.

Noi am avut un asemenea caz curios. Bolnava susținea că simte pe traiectul rușinosului intern un ac de cusut sau o „bucată de sîrmă" care o înțeapă mereu.

Vindecarea a survenit după operația Cotte și blocajul cu xilină sol. 1%, repetate.

Nevralgia plexului coccigian se asociază de obicei cu lombalgiile joase.

Etiopatogenie : sînt acuzate accidentele traumatice (căderea à califourchon) urmate de fractura sau luxația coccisului, o naștere dificilă, o aplicație de forceps, retroversii aderente, parametrite posterioare, douglasite, sifilisul, tuberculoza, alcoolismul, saturnismul, meningo-radiculita, nevralgia plexului, precum și unele stări toxiinfecțioase generale. Etiologia mai are încă puncte obscure.

La examen, presînd bidigital extremitatea coccisului cu un deget extern și unul intrarectal, producem durere. Confuzia se poate face cu distensia sacro-iliacă, din cauza



Scanned with OKEN Scanner

sensibilității dureroase deasupra spinelor iliace postero-superioare.

Rezultate mai mult decît bune dau infiltrațiile cu novocaină sau xilină, ori cu soluții neurolitice ale ramurilor posterioare sacro-coccigiene. Cyriax propune injecțiile epidurale cu percainã sau novocainã.

Tratamente chirurgicale : radicotomia posterioară, rezecția simpaticului pelvin, ablația coccisului. Extirparea acestuia nu satisface decît în anumite cazuri cînd a avut loc fractura sau luxarea osului.

*Bartholinita cronică.* Aceasta este secundară fistulizării unei bartholinite acute sau chiar primitivă „d'emblée". Tot aici poate fi încadrată și bartholinita chistică, rezultat al unei infecții atenuate.

Durerile sînt reduse ca intensitate. Ele jenează contactul sexual. Cînd gonococul este agentul patogen — fiindcă pot fi și alții —, la nivelul orificiului canalului excretor al glandei observăm „macula gonorrhoica" (Sanger).

Glanda e dură, variind ca mărime de la o cireașă la o nucă. Localizarea mai frecventă este în stînga. Ca tratament radical se impune exereza chirurgicală, executată cu respectul formației anatomice vecine, bulbul vaginal, pentru a se evita hemoragia profuză.

Alte tratamente : cateterizarea canalului excretor sau a traiectului fistulos și instilarea de substanțe dezinfectante și iritante cu scopul ca după dezinfecție să se obțină sclerozarea glandei.

Din descrierile mai vechi și chiar actuale, nu am constatat iradieri dureroase lombo-sacrate în bartholinita cronică. Totuși, Schleyer-Saunders afirmă contrariul și exemplifică cu un caz în adevăr curios : „O femeie suferea de cîțiva ani de lombalgie. Acuza în plus dureri inghinale și presiune intrarectală. A fost tratată de reumatism, hemo-



Scanned with OKEN Scanner

roizi și anemie. A fost examinat cazul și a găsit o bartholinită cronică abcedată, infectată cu Escherischia coli și Streptococ. După operație totul a intrat în normal și lombalgia a dispărut complet".

După părerea noastră, acest unic exemplu, oricît de demonstrativ ar fi, statornicește o posibilitate rarisimă, dar totuși o posibilitate.

## MENSTRUAȚIA ȘI LOMBOSACRALGIILE

Durerile sacro-lombare, de orice natură ar fi, se accentuează în timpul perioadelor menstruale. Ele există fără o justificare anatomo-clinică perceptibilă, în sfera genitală. În această eventualitate lombalgia este intermitentă.

Cum se explică durerile lombo-sacrate în relație cu menstruația, nu se știe cu claritate.

Și într-un caz și altul factorii durerii ar fi :

— Tipul hipotonico-astenic al femeilor, concomitent cu tulburări de postură.

— Congestia pelviană cu hiperpresiunea edematoasă din sfera genitală, uter plin, mai greu.

— Relaxarea articulațiilor sacro-iliace.

— Modificările de tonus somatic și al mușchilor planșeului pelvin.

— Existența unor leziuni organice genitale sau extragenitale (dismenoreea).

— Tulburări funcționale de vecinătate coexistente (colită, constipație spastică, tenesme vezicale, rectită).



Scanned with OKEN Scanner

În cursul sarcinii și după naștere întîlnim nu prea rar lombalgii, dar ele nu au un caracter cronic.

Posibilitățile sînt următoarele :

În primul trimestru de sarcină dau dureri uterul retroversat gravid și apoi inclavat, amenințările de avort, sarcina ectopică cu hemoragie internă.

În cursul ultimului trimestru de sarcină lombo-sacralgiile sînt mai frecvente, cu deosebire la multipare.

a) Disjuncția articulațiilor bazinului

Datorită noului profil hormonal din sarcină, are loc o disjuncție, o relaxare în special la nivelul simfizei pubiene. Suprafețele articulare se îndepărtează și în locul țesutului fibros de unire apare un hiatus. Constatarea clinică poate fi verificată radiologic. Din cauza disjuncției gravida acuză — în special în ultimul trimestru de sarcină — dureri puternice în regiunea pubiană și lombară, cu dificultăți în mers. Se cunosc cazuri care au necesitat imobilizarea bazinului prin aparat ghipsat sau bandaj, fără de care gravidele nu s-au putut scula din pat. După naștere algia lombară și pubiană dispare, reactualizîndu-se cu prilejul unei noi sarcini.

Din punct de vedere dietetic se prescrie un regim alimentar bogat în săruri și vitamine, Ca, Mg, Vit. $D_2$. Se mai recomandă infiltrații regionale cu novocaină sau xilină sol. 1 %.

În ultimele luni de sarcină durerile lombare mai au și altă explicație. Ele se datoresc și modificărilor posturale, precum și accentuării lordozei.

Radu C. și colaboratorii (Ortopedie — Craiova) publică recent cazuri de dureri sacro-iliace după nașteri normale, fără leziuni radiologice, cunoscute sub denumirea de „sindrom de relaxare simfixară gravidică“ la care au consta-



Scanned with OKEN Scanner

tat și o participare inflamatorie tot de origine obstetricală. Tratamentul prin repaus la pat, antiinflamatoare nesteroide și cură de aer uscat a remis procesul artritic.

În cursul travaliului, durerea lombară era caracterizată de clasici prin expresia franțuzească „une femme naît par ses reins", ca să sugereze cît mai pregnant această durere de care parturientele se plîng mai mult pentru durata lor.

Lombalgia intensă și continuă, într-un travaliu prelungit, la finele perioadei întîi este un indiciu de prezentație occipito-sacrată.

Sînt și parturiente la care algiile se intensifică după naștere. La acestea este vorba de un tip deosebit de mecanism responsabil.

Martius, Matchelov, James Young, O'Connell au atras atenția asupra acestor forme rebele de lombo-sacralgii.

Relaxarea, lărgirea simfizei, înainte de naștere este un proces fiziologic, necesar travaliului. Dar acestui proces natural i se pot adăuga factori patologici ca :

— lordoză pronunțată preexistentă,
— travaliu prelungit,
— operații obstetricale dificile,
— artropatii pelviene (pulbiene, sacro-iliace),
— insuficiența mușchilor paravertebrali,
— hernia nucleului pulposus alterat,
— hematomul vulvo-vaginal extins,
— tipul astenic al femeilor.

Tratamentul acestor lombalgii post-partum este întîi de toate preventiv. Se va recurge la o medicație care să mărească tonusul mușchilor abdominali, la mecanoterapie prudentă și la masaje.

Fitzhugh și Newton în 1963 au propus exercițiile denumite „mișcări de basculă ale bazinului", însă s-au ridicat



Scanned with OKEN Scanner

numeroase critici, în special în contra exagerării presiunii abdominale prin flexiune forțată.

Preventiv, în timpul travaliului și mai cu deosebire în cursul unei intervenții obstetricale făcută sub anestezie generală, se va plasa o pernă nu prea moale sub lombe.

După naștere se va recurge la aplicarea unei centuri de tip Jungmann, modificată sau nu, pe care femeia o va purta, după caz, șase săptămîni sau chiar trei-cinci-șase luni dacă se constată o artropatie pelviană.

Centura comportă un mic sprijin deasupra simfizei și un altul pe sacrum.

Asupra nocivității și riscului exercițiilor de flexiune a trunchiului în post-partum este necesar să revenim.

Aceste exerciții măresc relaxarea articulațiilor sacro-iliace, hiperdestind ligamentele articulare posterioare, favorizează protrusia discului lombar și chiar determină crize de pneumoperitoneu spontanat (Dodek și Friedman — 1953). În cursul exercițiului „genunchi-piept" aerul poate pătrunde prin vagin, uter și trompe pînă în cavitatea peritoneală. Durerile acestui pneumoperitoneu sînt suficient de severe și pot inhiba respirația.

Tabloul clinic seamănă cu cel descris după insuflația tubară de aer.

**Lombalgia post-partum prin osteomalacie** (gr. osteon = = os ; malakia = moliciune). Acest tip de lombalgie s-ar părea că nu este așa de rar, mai ales în formele ușoare.

E foarte instructivă remarca lui Green-Armytage, după un studiu efectuat în Indii (1931), cum că simptomele cele mai importante în osteomalacie sînt, în acele părți ale globului, lombalgiile și tulburările mersului. Caracteristica acestei dezordini este deficitul de calciu și fosfor din ser. Proporția fosfatului de calciu scade la 20 și chiar la 2%. Trama proteică a osului este intactă — invers



Scanned with OKEN Scanner

ca la osteoporoză —, dar trama anorganică are calciul și fosforul subliminal.

Boala apare în mod obișnuit după vîrsta de 20 ani, în urma sarcinilor repetate, din cauza malabsorbției digestive cu regim sărac în calciu, în proteine și vitamina D.

Cauza primară ar putea fi o leziune nervoasă încă necunoscută. Cauză favorizantă acidoza renală.

Leziunea macroscopică constă în decolarea periostului și apariția unui lichid uleios — sanguinolent. Osul crește în volum, cele lungi se atrofiază la centru, se hipertrofiază la extremități. Oasele plate rămîn hipertrofiate și foarte moi. Corpii vertebrali se deformează „în chip lamentabil". Oasele pelviene își modifică forma și bazinul devine chirurgical. Coloana prezintă cifoză, lordoză, scolioză. Se descriu două forme : osteomalacia nepuerperală și osteomalacia puerperală.

În osteomalacia de sarcină durerile, dealtfel surde, apar nu numai în bazin, membrele inferioare ci și în rachis.

La început mersul este „de rață", dar cu timpul devine imposibil. Membrele parcă sînt de cauciuc, deformîndu-se în diferite sensuri.

Evoluția bolii se apreciază la 8—10 ani, cu unele perioade de remisiune.

Genell a descris un sindrom de insuficiență pelviană, care-i poartă numele, și care prezintă o simptomatologie și terapeutică identice.

Tratament : băi sărate, sulfuroase sau de aer comprimat, calciu, vitamina D, de preferat uleiul de ficat de morun și iradiații ultraviolete, fosfați și, după unii autori castrare chirurgicală sau radiologică.

Sînt și partizani pentru o terapie cu băi sărate, sulfuroase, de aer comprimat, inhalații de oxigen, un climat cald și uscat.



Scanned with OKEN Scanner

**În menopauză,** între modificările involutive ale diferitelor organe, subliniem și pe cele care privesc sistemul osteo-articular. Astfel :

### Artroza

Relațiile între menopauză și osteo-atropatii ar fi următoarele :

— Femei care n-au suferit niciodată de dureri lombo-sacrate, în menopauză încep să acuze aceste dureri. Deci, starea menopauzică ar sensibiliza femeia la acest tip de dureri.

— Artralgiile lombo-sacrate ar avea o cauză vasomotrice prin hipofuncție sau epuizare ovariană.

Din această cauză Menge le-a denumit artropatii ovariprive.

— Hall a raportat cazuri de artropatii după ovariectomii.

— Artrozele sînt mai frecvente la femei decît la bărbați.

— Tulburările posturale în unele lombalgii au fost notate ca secundare unor artroze ale articulațiilor genunchiului sau deformărilor piciorului.

— Osteoporoza senilă post-menopauzică s-a dovedit lombo-sacralgică.

Ca definiție, artroza este o afecțiune articulară cronică, fără antecedente infecțioase, dar avînd la bază tulburări de nutriție. S-au găsit mărite procentele de colesterol, de urat de sodiu.

Depolarizarea lanțurilor de mucopolizaharide scade rezistența și elasticitatea cartilajului articular, din care cauză acesta nu mai amortizează — cum ar trebui presiunea exercitată asupra lui și o trece asupra osului sub-



Scanned with OKEN Scanner

condral. Mai joacă rol procesul de îmbătrînire prin arterioscleroză și ischemie consecutivă. Or, cartilajul fiind un țesut braditrof (bradus = lent ; trophé = hrănire), hrănindu-se prin absorbția alimentelor din capilarele periostului și osului suferă cel dintîi la deprecierea circulației.

Procesul artrozic mai poate fi facilitat în caz de diabet zaharat, obezitate, stază venoasă din varice sau compresiune, spondilolistezis.

Extremitățile osoase se îngroașă, devin neregulate, apar osteofite în jurul articulațiilor, decalcificări.

Sinoviala de obicei este respectată.

Sînt descrise artroze la coapsă, genunchi, mîini și picioare și artroze vertebrale.

Acestea din urmă sînt localizate în regiunea cervicală și lombară.

Mijloace noi de investigație :

— radiocinematografia sau cinefluorografia prin care se vizualizează deplasarea segmentelor osoase din articulație în timpul mișcării, metodă încă în studiu ;

— discografia, avînd dezavantajul de a genera condromalacia ;

— discoradiculografia.

Examenul radiologic evidențiază pensarea spațiului intervertebral, osteofitoză, osteoporoză, osteoscleroză subcondrală.

*Lombartroza :* se manifestă ca o durere surdă, exagerată la mișcări, în regiunea lombară cu sau fără sciatalgie și clasicul lombago.

Ca tratament medical se recomandă injecții de histamină, procaină, xilină, juxta articular, Boicil forte, acupunctura, veninul de albine, Ibuprofen, Pelox, raze X, masaj etc.



Scanned with OKEN Scanner

# RELAȚIA DEUTEROPATII – LOMBOSACRALGII

Prin deuteropatii înțelegem unele simptome generale și raportul lor cu sfera genitală.

Deuteropatiile genitale de origine nervoasă sînt descrise și sub numele de „endosinpatoze genitale". Termenul îi aparține lui Netter, care a reunit o serie de tulburări, grupate înainte sub denumirea de „congestie uterină" și a căror patogenie este neuro-vegetativă.

Dar noțiunea poate fi extinsă de la uter la pelvis (congestie pelviană sau sindromul de stază).

Atît simptomatologia cît și substratul morfologic au fost precizate mai întîi de Taylor în 1949, apoi de Guerriero și Stuart în 1954.

Etiologia este variată :

— hiperemie, edem, spasm al musculaturii netede,

— leziuni de scleroză, congestie, edem al nervilor vegetativi, cu deosebire la nivelul nervilor hilului ovarian și la plexul hipogastric inferior. Simptome :

— mastodinie, dismenoree, dispareunie,

— disendocrinie și modificare a staticii pelviene,

— ovare sclero-chistice,

— durere lombo-sacrată,

— leucoree, tulburări menstruale,

— tensiune nervoasă, oboseală, insomnie, migrenă,

— sindromul rezervoriilor,

— teren psihonevrotic.

Ipoteze cu privire la modul de acțiune a sistemului nervos în asemenea situații :

— acțiune spastică prin „stupoare arterială" sau dimpotrivă „inhibiție arterială" cu vasodilatație paralitică permanentă. În primul caz amenoree, în al doilea menoragie (nervoasă) ;



Scanned with OKEN Scanner

— acțiune diencefalo-hipofizară și ovariană prin intermediul centrilor neuro-vegetativi.

Reamintim că simpaticul și adrenalina au un rol în infecție. Se pot produce experimental apendicite și salpingite prin iritația simpaticului.

— sistemul nervos central determină climatul favorabil activității endocrine. Există metroze de receptivitate descrise magistral de Moricard și variații ale sensibilității țesuturilor la hormoni analizate de Champy.

— la rîndul lor, afecțiunile genitale perturbă diferite aparate tot prin intermediul sistemului nervos, provocînd durerea lombo-sacrată, care se încadrează în rîndul deuteropatiilor de origine genitală.

Așadar, între cauzele genitale ale durerii lombo-sacrate intră în congestia pelviană, nodulii de endometrioză pe lîngă toate celelalte stări patologice ale aparatului genital feminin, descrise mai înainte.

În încheierea acestui capitol, citățm cîteva concluzii după V. Vasiliu :

„*Durerea sacro-lombară de cauză ginecologică* are deplină justificare fiziopatologică. O excitație utero-anexială (hiperemie, edem, exudat inflamator, hiperpresiune intracavitară) produce un reflex viscerosenzitiv medular, care iradiază spre teritoriul cutanat parietal corespunzător metameric și un reflex visceromotor, care determină spasme dureroase în mușchii adductori ai coapsei, psoas-iliaci și dorso-lombari. La acestea se asociază deseori reflexe vasculare, transmise de sensibilitatea generală sub formă de congestie sau angiospasme.

Din regiunile genitale inervate de sistemul cerebrospinal, durerea se transmite în general numeroșilor receptori senzitivi din concavitatea sacrului. Expansiunea în evantai a parametrului creează o relație strînsă cu periostul oaselor bazinului și cu aponevrozele mușchilor pelvieni.



Scanned with OKEN Scanner

De aceea deplasările organelor genitale, tracțiunile pe ligamente, compresiunile, tulburările de vascularizație se pot exterioriza prin dureri sacrolombare. Distensia și supradistensia edematoasă din pereții organelor și a parametrului, însă, se transmit măduvei lombo-sacrate și de aici se reflectă spre șold, sacru, pereții abdominali, pînă la fața internă a coapselor. Astfel se explică durerea sacrată din timpul menstruației, din travaliu, din inflamații.

În anexite mai ales, hiperemia, edemul și exudatul seros sau purulent (hidrosalpinx, piosalpinx) declanșează efectul local al infecției peritoneale.

Congestia, staza venoasă din timpul coabitației, constipației cronice, enteroptozei generalizate sînt asociate cu dureri sacro-lombare. Astfel s-ar putea explica și jena lombară produsă de unele tumori genitale (mioame intraligamentare, chisturi ovariene). În fine, durerea sacro-lombară este caracteristică pentru prolapsul genital și se explică prin tracțiunea puternică asupra ligamentelor de susținere (cardinale și utero-sacrate).

Durerea de origine genitală cu localizare lombo-sacrată se asociază cu tulburări ale organelor pelviene vecine (constipație spastică, tenesme vezicale, sigmoidită, perisigmoidită, colită). Uneori se produc și manifestări determinate psihogen (greață, migrenă etc.)".

Totuși pare curios cum autori ca Philips Rhodes (1969) afirmă că „în general afecțiunile pelviene nu provoacă dureri lombare, ci sînt concomitente". Chiar menstruația, după acest autor, nu stă la baza lombo-sacralgiilor, ci numai le agravează alura, deoarece mensis-ul înrăutățește orice durere de origine scheletică.

Scanned with OKEN Scanner

# Lombalgii ortopedice. Leziuni vertebro-medulare

**Tulburările posturale** (sindromul lombo-sacrat ortostatic).

Ele nu au nimic comun nici cu ginecopatiile, nici cu reumatismul.

În mod normal, între forțele de gravitate, la femeia în picioare trebuie să existe un echilibru, care adeseori este deranjat prin mecanisme diferite.

Mai trebuie menționat faptul că rachisul suportă direct sau indirect greutatea viscerelor abdominale. Centrul de gravitate se găsește în mod normal înapoia corpilor vertebrali ai regiunii lombare. În apropierea articulațiilor sacro-iliace acesta se divide în două linii de susținere care trec prin mijlocul acestor articulații și prin axul membrelor inferioare.

Mușchii ventrali și dorsali ai coloanei vertebrale formează un sistem de susținere pentru corp.



Scanned with OKEN Scanner

Dacă unul din cele două grupe musculare se relaxează, se tulbură echilibrul static și se deplasează centrul de gravitate.

Pe cînd bărbatul, la sfîrșitul perioadei de creștere și-a realizat „o statică habituală automată" (Haglund) ce nu se mai modifică ulterior, femeia sub influențele hormonale din perioada de fertilitate suferă mutații în statica și poziția corpului.

Pentru a înțelege și mai bine rolul factorului hormonal, amintim că la unele femei chiar în premenstrum (ca stare pregravidică) sau intramenstrual apar lombalgii-sacralgii datorită relaxării apreciabile a articulațiilor bazinului (Mühle), cu modificări în statică. Cu atît mai pregnant în puerperalitate.

În ultimele luni de sarcină țesuturile sînt relaxate, inelul osos pelvian și bazinul moale mai deschise, cavitatea abdominală se mărește. Conținutul abdominal atîrnă mai greu anterior și obligă gravida la lordoză accentuată. La aceasta se adaugă caracteristicile osteo-miologiei feminine. În asemenea circumstanțe supraîncărcarea statică duce la o relativă insuficiență a aparatelor de sprijin și susținere cu algii lombo-sacrate și chiar dorsale, care sînt de fapt funcționale, dar la care se adaugă apoi și mici procese morbide locale sau unele anomalii de structură a celor două aparate amintite.

În concluzie se poate spune că abdomenul „în desagă" cu dezechilibrul static consecutiv are răsunet asupra rachisului lombar, cu multe consecințe. Se pare că tulburările algice ale rachisului pot fi agravate încă și de constipație, de aerocolie, frecvente în perioada post-fertilă din viața femeii.

P. Rhodes, studiind și el durerea lombară, precizează că la adultă apar, pe lîngă curbele primare ale rachisului,



Scanned with OKEN Scanner

curbe secundare în două regiuni cu mobilitate mare, în regiunea cervicală și lombară.

În regiunea lombară curba se datorește în plus și grosimii discurilor intervertebrale. Acest autor acordă importanță — în lombalgii — tulburărilor posturale favorizate de următorii factori :

— unghiul de înclinare a marginii pelviene, care este la europene în mod obișnuit de 55°. Dacă acest unghi este mai mare, lordoza se accentuează și constituie o sursă a tulburărilor ;

— poziția pelvisului și a corpului, care poate antrena defecte posturale ale rachisului cu dureri în abdomen, fese, pelvis. În acest caz femeia se crede ginecopată și se plînge medicului numai de durerea abdominală, ignorînd durerea lombară mai puțin pregnantă din cauză că suprafața ventrală a corpului e mai bine reprezentată pe scoarță decît suprafața dorsală ;

— sarcina și în general puerperalitatea : elementele care intervin în această perioadă sînt cele circa 12 kg în plus, constituția fizică (fragilă sau obeză), activitățile multiple după naștere, transformările hormonale.

Pentru diagnostic, accentul cade nu pe importanța mișcărilor active, ci pe a celor pasive, cu reproducerea durerii de către medicul examinator.

Tratamentul acestor tulburări posturale se întrevede foarte clar :

— Regim adecvat și cure balneare pentru reducerea sau mai bine prevenirea obezității.

— Combaterea disconfortului digestiv manifestat prin constipație cronică sau aerocolie.

— Tratament specific hormonal.

— Gimnastică medicală și masaj.

— Aplicarea unei centuri corectoare a dezechilibrului static.



Scanned with OKEN Scanner

— Corectarea ortopedo-chirurgicală a tuturor malformațiilor piciorului (halux valgus, picior plat), care se întîlnesc frecvent în menopauză și care dau atingeri lombo-sacrate.

Iată cum vede Jungmann problema tulburărilor posturale cauzatoare de lombalgii, după o relatare a lui Schleyer-Saunders :

Pentru corijarea echilibrului static, mușchii dorsali intră în tensiune permanentă, accentuînd lordoza lombară. Atîta timp cît această grupă musculară (în principal) își poate menține tensiunea, femeia nu prezintă acuze algice lombare. Aceste acuze apar în clipa cînd mușchii dorsali se relaxează.

Lordoza lombară accentuîndu-se, mușchii extensori ai rachisului se scurtează. Această stare nu rămîne pur funcțională. Fațetele articulare lombare și lombo-sacrate ca și aparatul ligamentar al acestora suferă o distensiune cronică, care dă naștere la tulburări circulatorii locale cu edem și exudat fibrinos. Apar aderențe și îngroșări ligamentare, care compromit flexibilitatea coloanei, expunînd-o nu numai la durere ci chiar la leziuni discale.

Situația se agravează cu fiecare perioadă menstruală, cu fiecare sarcină, prin relaxarea articulațiilor bazinului.

Lombo-sacralgiile, apărînd în poziția verticală și reducîndu-se prin repaus prelungit, fără modificări anatomice decelabile radiologic, au fost denumite de unii „sindromul dezechilibrului statico-dinamic“, iar de alții „lombalgii de postură“.

Simptome : E vorba totdeauna de un fenomen de oboseală, chiar la început, cînd bolnava acuză algii lombare la efort sau în poziție verticală mai prelungită. În timpul somnului și culcată mai multă vreme bolnava nu se plînge de nimic.

Scanned with OKEN Scanner

La femeile astenice, cu slăbire musculară constituțională, cauzele care dau naștere durerilor lombare sînt mult mai mici.

În completarea acestui tip de dureri, menționăm și alți factori etiologici în afară de volumul mare al abdomenului datorită sarcinii, unei tumori voluminoase sau obezității accentuate.Acești factori etiologici acționează prin denaturarea mersului și posturii :

a) *Inegalitatea membrelor inferioare*

Se datorează unui calus osos vicios consolidat sau unei malformații congenitale. Scurtarea trebuie să fie de cel puțin 2 cm și ceva mai veche, fiindcă la început, un oarecare număr de ani, este asimptomatică și compensată.

b) *Încălțămintea cu tocuri prea înalte*

Aceasta antrenează prin flexiunea, chiar ușoară, a coapselor accentuarea lordozei.

Cu timpul tendonul lui Achile se scurtează și dacă femeia revine la tocuri plate lombalgia se menține prin tensiunea anormală a mușchilor gambei (grupa posterioară), transmisă pînă la mușchii regiunii lombare.

Printr-un mecanism asemănător poate apare lombalgia la unele femei automobiliste, a căror amplasare înapoia volantului este inconfortabilă și care conduc mașina pînă la oboseală.

## LOMBAGIILE OPERATELOR

Este vorba de operatele sub anestezie generală și pentru boli ginecologice. Nu are caracter general, dar un număr minor de femei suferă totuși de lombalgii post-ope-



Scanned with OKEN Scanner

ratorii. Mecanismul acestor dureri este foarte simplu și logic : el constă dintr-o poziție forțată pe masa de operație, în cazul unor intervenții ginecologice pe cale vaginală. Curbura lombară fiind hipercorectată, prin poziția bolnavei pe masă are loc o tracțiune pe ligamentele lombare și sacro-lombare și chiar o oarecare distensiune a articulațiilor intervertebrale. Anestezia generală profundă relaxează prea tare mușchii lombari, permite turtirea curburii lombare și la acele femei cu predispoziție la alterări ale discului intervertebral, mult mai ușor se poate produce protrusia unui disc sau chiar a mai multora.

Poziția ginecologică ridică cîteva probleme :

a) Cum se fixează membrele inferioare la suporturile mesei ?

Răspuns : În așa fel încît fixarea lor să nu se facă cu flexiune, deoarece în acest caz se determină o distensiune prea mare, cu abducție și rotație externă la nivelul maselor musculare lombare și la nivelul articulațiilor sacro-iliace. La aceasta se adaugă și sprijinirea asistentului pe unul din membre. Se va prefera deci poziția cu genunchii în extensie, cu un mic grad de abducție și de rotație.

Și în acest caz se produce distensiunea, dar de proporții mult mai reduse.

b) Cum stă bolnava în pat, după actul operator ?

Răspuns : Cu o perniță care să susțină regiunea lombară, evitîndu-se pe această cale turtirea curburii.

Se poate întîmpla ca pernița să constituie, ea însăși, o cauză de lombalgie, dacă este defectuoasă, prea moale sau prea tare ori rău amplasată.

c) Cum se repun membrele inferioare în poziție orizontală la finele actului operator ?

Răspuns : Cu atenție, manevrînd încet și pe cît posibil ambele membre odată, pentru a evita o entorsă a articulației sacro-iliace (R. J. Hunter și Schleyer-Saunders).

Scanned with OKEN Scanner

Cele expuse anterior au o mai mare valoare în două situații și anume cînd operatele sînt sau obeze, sau sînt de tip astenic cu un aparat mio-ligamentar insuficient, hiperlax.

Între mijloacele terapeutice ale acestor lombalgii posturale citäm :

— *prevenirea apariției lor prin :*

— identificarea precoce a factorilor etiologici,

— depistarea anomaliilor congenitale,

— corectarea atitudinilor vicioase,

— gimnastică igienică, medicală, masaje,

— viață în aer liber, cu un regim alimentar potrivit cu starea femeilor și cu necesitățile calorice,

— corectarea scurtării membrului printr-un suport plantar.

O consecință a supraîncărcării ponderale este și

*Piciorul plat (plat valgus static)*

Etiopatogenic recunoaștem existența lui la adulte care fac eforturi profesionale sau au supraîncărcare ponderală ori suferă de boli astenizante.

Prăbușirea bolților piciorului se efectuează prin hiperlaxitate articulară și atonia mușchilor care mențin conformația piciorului. La acțiunea hiperponderei se adaugă o serie de cofactori endocrini, umorali, toxiinfecțioși și traumatici (fracturi de calcaneu, de metatars sau maleolă externă consolidate vicios).

Simptome. Ele evoluează parcurgînd trei faze :

a) piciorul plat reductibil,

b) piciorul plat contractat, aspect clinic cînd durerea vie iradiază pînă în regiunea lombară,

c) piciorul plat învеterat.

*Tratament.* Profilaxia trebuie să înceapă de la vîrsta cea mai fragedă. Piciorul plat contractat și foarte dureros se tratează prin corecție și imobilizare sub anestezie,



Scanned with OKEN Scanner

pentru o durată de trei săptămîni. Cîteodată, mai rar, e indicată operaţia Miller-Horman (artrodeză internă, după rezecţia corectoare) sau artrodeză dublă modelantă.

**Patologia discului intervertebral** este tot atît de importantă ca şi patologia corpului vertebral (Schmorl).

Recapitulare biochimică :

Caracteristică pentru discul intervertebral este existenţa colagenului, a substanţei fundamentale hidrofile, a condroitinsulfatului, a proteinei nefibrilare, a acidului hialuronic şi a keratosulfaţilor.

Vîrsta modifică concentrarea acestora :

Cantitatea de colagen creşte, mucopolizaharidele şi hidratarea scad. Conţinutul lipidic nu prezintă variaţii. Discul se calcifică în adolescenţă ; la vîrsta adultă suferă o degenerescenţă calcică inelul.

Despre conţinutul în apă al nucleului s-au făcut studii de către Püschel, care a constatat o deshidratare în cursul vieţii de la 88 la 70%. Bogăţia în apă a nucleului poate fi şi mai mare (92,5% Hirsch).

Dar reducîndu-se apa, se reduc şi polizaharidele. Hexozaminele (Rodighielo) cresc pînă la 35 ani, apoi scad în nucleu, pe cînd în inelul fibros cresc numai pînă la 20 ani, apoi se stabilizează. *p*H-ul se măreşte, acidul lactic îşi ridică nivelul.

Complexul proteine-polizahariде suferă modificări nu numai reducîndu-se cantitativ, ci şi în legătură cu viteza metabolismului. Acest complex are un potenţial antigenic (Pankovich şi Korngood).

Sulfaţii de condroitină sînt sintetizaţi mai puţin şi au o viabilitate mai mică ; astfel se modifică raportul faţă de keratosulfaţi.

*Notă :* Mucopolizaharidele sînt glucide şi complexe glucido-protidice în constituţia cărora intră hexozamina şi acidul uronic (constituenţi fundamentali).

Scanned with OKEN Scanner

**Mucopolizaharide**

- acide
  - a) cu grup carboxil
    - acid hialuronic
    - condroitină
  - b) cu grup sulfat
    - acid sulfohialuronic
    - condroitin sulfat A și C
    - condroitin sulfat B
    - heparina
    - keratosulfatul
- neutre
  - hormon gonadotrop
  - în reticulină
  - în splină
  - în creier
  - în uter
  - în grupele sanguine
  - seromocoidul

*(după C. Velican și colab.)*

În ultima vreme s-a constatat că modificările primitive ale discului sînt identice cu cele ale țesutului conjunctiv. Cu alte cuvinte este vorba, în mare, de o insuficiență a țesutului mezoblastic față de solicitările provenite din mediul extern.

Această concepție a fost mai apoi reconsiderată și catalogată sub termenul de „maladii ale colagenului" sau „maladii ale mezenchimului".

Pe cale experimentală, Gocke și Naylor ș.a. au demonstrat că nucleul poate să rupă inelul fibros și prin exces de hidratare în stări hidropigene ca hiperaldosteronismul sau toxemia gravidică. Așadar, ruperea inelului fibros poate recunoaște ca mecanism și hiperhidratarea și deshidratarea nucleului fibros.

Pentru patologia discului intervertebral toate aceste date au o importanță, explicînd modul de degenerare al acestuia în raport cu diferiți factori, inclusiv vîrsta. Importanță deosebită ar avea :



Scanned with OKEN Scanner

— reducerea metacromaziei cu vîrsta ;

— deshidratarea sau îmbibiția discului, care l-ar umfla și ar fi la baza algiilor provocate. Mecanismul acestei îmbibiții este și astăzi foarte controversat (vezi *Coloana vertebrală* — N. Diaconescu și colab.) ;

— betaproteinele apar în discurile vîrstnice, dar ele sînt un element de protecție contra herniei de disc (Taylor) ;

— simplitatea structurală a cartilajului discal, din care cauză toate noxele influențează direct mecanismele metabolice.

Noxele patogene ar fi următoarele : genetice (anomalii ca fragmentația discală), metabolice (alcaptonuria, mucopolizaharidoza etc.), mecanice (hernia de disc), destructive (infecții, tumori).

**Definiții ale discopatiei**

— alunecare discală,
— hernie a nucleului pulpos,
— protrusie discală,
— prolaps discal,
— sindroame discale.

Toate aceste denumiri desemnează aceeași leziune, dar și diferitele ei aspecte.

O varietate de discopatie a fost descrisă de Schmorl sub denumirea de „Knorpelkörperchen“ (noduli Schmorl). Această varietate este mult mai frecventă la femei în comparație cu bărbații.

Ruptura discului a fost identificată de Barr în 1937 — primul — și confirmată de alți autori din S.U.A. și Anglia, precum și din alte țări.

Această ruptură cauzează compresiune radiculară foarte dureroasă, în multe cazuri impunînd intervenția chirurgicală.



Scanned with OKEN Scanner

Rolul funcțional al discurilor este în primul rînd acela de a amortiza șocurile. Al doilea este acela de a asigura mobilitatea intervertebrală, care este destul de mare în regiunea cervicală și lombară.

Localizările cele mai des întîlnite ale discopatiilor sînt $L_4$ — $L_5$ ; $L_5$ — $S_1$.

Pentru o bună înțelegere a fiziopatologiei reproducem schema din lucrarea lui Schleyer-Saunders.

Factorii activi sau indispensabili pentru protrusia parțială a nucleului pulpos sînt următorii :

— ruperea inelului fibros,

— deshidratarea nucleului pulpos și a inelului cartilaginos (negată de alții),

— presiune intradiscală și distensie a inelului fibros, care sînt determinate de anumite atitudini ale corpului : flexiunea și rotația exagerată a coloanei lombare, transportul unei greutăți cu genunchii întinși, defecația sub efort și aplecarea corpului înainte sau căderi.

Privind mai complet patogenia, există trei categorii de factori :

a) predispozanți : sacralizări, lombalizări, spina bifida, dispariția lordozei, constituția individuală, insuficiența țesutului conjunctiv de susținere ;

b) favorizanți : modificările fiziologice și patologice ale discului, puncția lombară, sarcina, nașterea, pozițiile ocupaționale ale subiectului ;

c) determinanți : traumatismul (după C. Arseni).

## CUM SE FACE DIAGNOSTICUL UNEI HERNII DE DISC ?

În anamneză se decelează un traumatism cu simptome algice acute. La oamenii în vîrstă aliura este mai mult cronică. Orice efort efectuat în flexiune lombară și mai ales



Scanned with OKEN Scanner

în flexiune și rotație sau chiar un exercițiu de gimnastică, ori o întoarcere bruscă în pat pot fi cauza unei hernii de disc.

De cele mai multe ori, însuși bolnavul percepe un pocnet lombar după care survine o durere foarte puternică, necesitînd injecția de morfină sau infiltrația cu xilină.

Situația vasculară precară a discului intervertebral explică degenerarea lui rapidă în raport cu vîrsta. Inervarea inelului fibros a discului explică pentru ce hernia de disc este foarte dureroasă prin ea însăși (N. Diaconescu și colab.).

Dar sînt și variații ale durerii, mergînd pînă la lombalgii ușoare, apărînd după o perioadă de acalmie și accentuîndu-se în anumite circumstanțe.

În caz de compresiune radiculară lombalgia poate fi minimală sau neglijată și bolnava se plînge de dureri sciatice.

Analiza unei lombalgii hiperalgice merită puțină atenție. Ea este datorată nu atît unei compresiuni radiculare, cît mai ales unei iritații mecanice a meningelor și pensării cartilajului de către marginile corpului vertebral.

În lombalgii hipoalgice bolnava se simte ușurată numai de poziția ventrală, care diminuă compresiunea. Totuși extensorii rachisului sînt contractați.

Forma sciatalgică cronică obligă bolnava la un mers caracteristic, aplecată în față, cu un grad oarecare de scolioză. Cînd se așează pe un scaun evită flexiunea rachisului.

Simptomatologia poate lua și un aspect visceralgic și astfel — din eroare — să se practice apendicectomii sau intervenții pe aparatul genital intern.

Nu de mult, Johnson (1965) a prezentat astfel de erori în care diagnosticul greșit a fost dispepsia sau colecistita calculoasă.



Scanned with OKEN Scanner

Iată de ce examenul trebuie să fie foarte atent, competent și completat cînd e nevoie de un radiolog sau neurolog.

Semne caracteristice pentru diagnostic :

Examinînd bolnava, obligatoriu stînd în picioare și mergînd, remarcăm că poziția ei este puțin aplecată înainte, iar curbura lombară mai plată. În timpul mersului genunchii și coapsele sînt puțin flectate. În multe situații cu compresiune radiculară se notează și o scolioză lombară.

Eforturile de tuse sau strănut, ca și flexiunea mai exagerată a trunchiului sau extensiunea lui măresc durerea. În decubitus durerile se mai ameliorează.

Pentru iritarea radiculară se va căuta semnul lui Lasègue, care este pozitiv.

Durerile cauzate de discopatii lombare pot fi și provocate prin manevre de elongație (Arseni) :

— semnul Bechterew,
— manevra Bonnet,
— manevra Charnley,
— manevra Naffziger,
— manevra Wassermann.

Pentru detalii — vezi *Durerea* (C. Arseni și I. Oprescu, Edit. Academiei R.P.R., 1967).

Punînd bolnava să ridice membrele superioare și efectuînd o flexiune a rachisului cervical, apare durerea prin presiune pe dura mater și pe rădăcinile extra-durale (semnul Neri).

Pentru localizarea sediului leziunii discale e recomandabil examenul neurologic și determinarea rădăcinilor comprimate.

Examenul radiologic devine necesar pentru diagnosticul diferențial cu o tumoră, o tuberculoză, spina bifida, spondiloză, spondilolistezis avînd în vedere că totuși pensarea discului nu e semn patognomonic pentru hernia dis-



Scanned with OKEN Scanner

cală, de preferință în lombalgiile cronice cu sciatalgie și la femei peste 50 ani.

În Statele Unite ale Americii s-a discutat mult, după 1951, despre valoarea discografiei. Metoda constă în injectarea intradiscală, cu un ac de rahianestezie, a unei soluții sărate sau a unei substanțe opace, care în caz de hernie produce o durere violentă și putea face hernia vizibilă pe clișeu, cînd substanța injectată era opacă. Cu această metodă, Druckmiller a obținut rezultate remarcabile, dar metoda nu s-a extins.

Mielografia, deși este grevată de riscuri, unii autori o folosesc în detectarea compresiunilor măduvii.

Puncția lombară nu clarifică cu nimic diagnosticul de hernie discală.

*Diagnosticul diferențial* este destul de dificil.

1) *Artroza lombară simulează în largă măsură o leziune discală.*

Semne diferențiale :

— artroza e mai frecventă la femei vîrstnice, pe cînd hernia discală afectează femeile tinere.

Krupp și Levy din Basel au constatat că 85% din femeile afectate de hernie discală aparțineau perioadei fertile, recunoscînd rolul factorului hormonal în stările disgravidice.

— artroza este caracterizată prin osteofite,

— algiile nu sînt atît de intense, paroxismul fiind atins de hernia discală,

— leziunile artrozice sînt mai extinse, hernia discală afectînd una sau două articulații intervertebrale.

2) *Spondilartrita ankilozantă*

Semne caracteristice :



Scanned with OKEN Scanner

— caracter extensiv, atingînd final totalitatea rachisului ;

— evoluția este accelerată printr-un focar inflamator uro-genital sau intestinal, după Steinberg și Grainger (1957) ;

— prinde articulațiile sacro-iliace ;

— V.S.H. este mărită.

3) *Osteoporoza*

Acestei afecțiuni metabolice i s-a acordat încă de multă vreme o importanță deosebită. Încă din 1885, Pommer a studiat leziunea. L-au completat experimental Light și Frey, Crawford, Greaves și Scott (citați de I. Diaconescu și colab.). Mai tîrziu, au adus contribuții Albright și Reifenstein (1947), Nordin (1965), Lichtwitz și colab. (1967) și alții.

Deoarece apare după menopauză, i s-a mai spus „osteoporoză senilă“ sau „post-menopauzică“.

Boala este caracteristică sexului feminin, în jurul vîrstei de 60 ani.

Fiziopatologie :

— Insuficiența în formularea matricei osoase prin deficit de hormoni sexuali anabolizanți sau exces de cortico-steroizi.

— Rezorbție osoasă mărită (maladia Cushing).

— Tulburare a metabolismului calcic.

— Malnutriția și malabsorbția (carență proteică).

— Imobilizarea prelungită („boala de decubitus“).

— Alte cauze : meningita, pneumonia, paludismul, arsurile întinse, disfuncția ovarelor, hipofizei, paratiroidelor.

Între menopauză, osteoporoză și artroză, ar fi o legătură cauzată de scăderea secreției de foliculină și creșterii hormonului hipofizar.



Scanned with OKEN Scanner

La mai multe bolnave se observă o hiperlordoză și cifoscolioză, găsite și de I. Diaconescu și colab.

Demineralizarea este evidențiabilă radiologic. Calciuria poate atinge cifre semnificative : 400—600 mg/24 ore.

Hipercalciuria provocată (testul cu ultraviolete în doze progresive, timp de 7 zile, după I. Diaconescu și colab.) ar fi foarte valoroasă pentru diagnostic și diferențiere cu osteomalacia.

Tratamentul dispune de multe posibilități, ca administrarea de estrogeni-androgeni asociați în implante, steroizi anabolizanți, administrarea de vitamină $D_2$, ionizări de $CaCl_2$ sol. 2%, ultraviolete, kinetoterapie.

Se va evita imobilizarea prelungită și se va prescrie un regim bogat în proteine.

4) *Distensiunea lombo-sacrată și sacro-iliacă.*

Realitatea acestei distensiuni a fost negată sau condiționată de o discopatie. Mulți ortopezi recunosc totuși afecțiunea ca determinată de „alterarea părților moi articulare“ și consecutiv de o „instabilitate articulară“.

Leziunile constau în relaxarea ligamentelor și capsulelor articulare cu, ulterior, o subluxație a apofizelor articulare sau pensarea franjurilor sinoviale (Crisp, citat de Schleyer-Saunders). Această relaxare poate fi consecutivă unei entorse, unei poziții ginecologice incorecte, unui traumatism sau unei poziții vicioase a coloanei timp de mai mulți ani.

În regiunea lombo-sacrată poate fi vorba și de o spondiloliză sau spondilolistezis.

În localizarea sacro-iliacă sînt semne clinice clare, ca sprijinirea pe partea sănătoasă în poziția șezîndă.

Cînd urcă o scară, bolnava o face cu piciorul sănătos. Cînd merge simte durerea la partea bolnavă.



Scanned with OKEN Scanner

Apăsînd spinele iliace antero-superioare reapare durerea. Rotația externă mai accentuată a coapsei de partea afectată produce durere. Verticalizarea membrului inferior e de asemenea dureroasă. Și totuși radiografia nu aduce nici o contribuție.

Martius vorbește despre lombalgii de oboseală, cînd există o suprasolicitare în munca fizică pentru care corpul femeii nu dispune de capacitatea de adaptare. E vorba de „poziții forțate stereotipe ale corpului, poziții ce pe toată durata de lucru se păstrează nemodificate". Lombo-sacralgiile în statică s-ar explica, după acest autor, prin faptul că inserția inferioară a musculaturii spatelui în această regiune se face într-o zonă mai limitată, în comparație cu inserțiile superioare mai extinse. De aceea, aceste algii lombo-sacrate mai sînt denumite „dureri de inserție musculară". Ar fi indicate deci pauze în unele munci, gimnastică, masaj, supraveghere sportivă, tratament simptomatic.

5) *Lumbago cronic.* Termenul ascunde de multe ori un diagnostic neindentificat, ca artropatia intervertebrală cu contractura dureroasă a masei musculare lombare. Ori camuflează o discopatie pentru care unii ortopezi preferă termenul de „lumbago traumatic" pentru menținerea tonusului normal psihic al bolnavei.

Se poate totuși concepe și un lumbago cronic fără leziuni discale prin afectare reumatismală sau mici subluxații articulare. În cazul reumatismului se găsesc la palpare mici nodozități sensibile și la frig și umezeală.

Cauzele care produc o sciatalgie sînt — în afară de hernia discală — multiple. Iată-le :



Scanned with OKEN Scanner

Sciatica idiopatică (Cauze)

- Radiculita primitivă
- Nevrita toxică (prin etilism, nicotină, arsenic, plumb)
- Nevrita prin avitaminoze
- Nevrita în zonazoster
- Nevrita în artroze vertebrale
- Nevrita în îngroşări ale capsulei
- Nevrita în fibrozarea ligamentară a articulaţiilor
- Nevrita prin aderenţe strînse în jurul găurii de conjugare
- Nevrita reumatismală.

Vom reveni asupra acestei entităţi morbide.

6) *Malformaţii congenitale ale arcului vertebral posterior.* În această problemă R. A. Roberts a publicat în 1947 o lucrare substanţială interpretată ca excelentă şi în care afirmă că mai mult de un milion de cazuri ar prezenta aceste anomalii.

a) Spina bifida lombară (bifida = despicată în două) se datoreşte unei opriri în dezvoltarea arcurilor vertebrale.

Lamele vertebrale nu se dezvoltă complet condro-osos, spina este divizată. Eliminăm din discuţie spina bifida cu meningocel în care moartea poate surveni rapid prin infecţie, tulburări trofice, paralitice sau hidrocefalie. Ne preocupă forma ocultă sau incompletă, acoperită de pielea intactă şi normală.

Este posibil ca această formă să nu dea nici o tulburare, însă nu coexistă cu scolioza, sacralizarea, spondilolistezisul, hernia de disc intervertebral, chistul dermoid. Durerile lombare se explică printr-o arachnoidită hipertrofică sau radiculită subjacentă şi leziuni trofice plantare.

b) Boala Kümmel-Verneuil. Este o spondilită posttraumatică, secundară unui traumatism direct sau indirect (cădere). Durerea e intensă, cauzează uneori pierderea cunoştinţei şi impotenţă funcţională prin compresiunea ner-



Scanned with OKEN Scanner

vilor rahidieni și chiar cu atingerea măduvei (tulburări sfincteriene). Dacă tabloul acut se amendează și impotența funcțională retrocedează, după 1—2 luni durerile lombare reapar și obligă bolnava la decubitus orizontal.

Local, apare adeseori o scolioză dureroasă la presiune verticală, apăsînd ambii umeri.

Tratamentul este ortopedic, care nu totdeauna previne incapacitatea permanentă.

c) Spondilolistezisul (olisthesis = alunecare). Reprezintă alunecarea înainte a unor vertebre, a cincea lombară cel mai frecvent, în raport cu prima sacrată, favorizată de anomalia istmului (defect de osificare laterală a arcurilor vertebrale, după Neugebauer), agravată de sarcină și constituind o cauză de distocie — pelvis obtecta — pelvis acoperit. Spondiloliza este o anomalie congenitală, „constînd din prezența unei întreruperi de continuitate arcurilor vertebrale și separarea lor de pediculi, la nivelul istmului vertebral". Spondilolistezisul poate fi și cîștigat în timpul vieții prin uzură a substanței osoase, concomitent cu relaxarea țesuturilor înconjurătoare prin modificări de statică din cursul gravidităților.

Durerile lombare apar fără o cauză precisă și se propagă în fese și coapse.

Se va face diagnosticul diferențial cu :

— Boala osoasă Paget. Se observă în maturitate sau bătrînețe. Unele profesiuni pregătesc terenul prin intoxicația cu săruri minerale. Este o osteopatie caracterizată printr-o anarhie a structurii osoase, mai totdeauna bilaterală, dureroasă, începînd cu femurul, tibia, dar și rachisul. Tratament : calcitonină.

— Osteomielita vertebrelor lombare. Leziunea este de natură infecțioasă, atacă substanța spongioasă osoasă și formează sechestre osoase. Agentul patogen este stafilo-



Scanned with OKEN Scanner

cocul auriu, dar și alții. Apare în urma unui traumatism cu febră. Boala e febrilă.

Luăm în considerare forma cronică d'emblée cu dureri, hiperostoză sau necroză. Radiografia elucidează diagnosticul. Tratament : imobilizare și Penicilină în doze mari.

— Osteita tuberculoasă atinge cel mai frecvent vertebrele, tibia, femurul, sternul, coastele. Durerea e localizată, profundă, exacerbată prin presiune. Tumefacția crește, se ramolește și determină abcesul rece.

— Metastaza canceroasă. Aparține cancerelor osteofile. Există cancerul mamă.

— Tumora canalului rahidian. Explorarea radiologică și mielografia dirijează diagnosticul.

Tratamentul spondilolisterzisului este ortopedic, iar distocia de naștere impune operația cezariană.

7) *Sacralizarea și lombalizarea.* Sacralizarea este de fapt o anomalie a vertebrei a cincea lombare. Această vertebră prezintă mai mult sau mai puțin complet aspectul morfologic al primei vertebre sacrate. Apofizele transverse ale acestei vertebre au forma unui fluture. Ele pot rămine libere sau se sudează la sacrum, ori chiar ating aripa iliacă și dau dureri, în viața adultă, printr-un mecanism incomplet elucidat. Probabil că are loc un proces de formare a unei bursite sau a unei osteoartroze. Durerea este situată lombar unilateral, jos și de-a lungul sciaticului. Aplecarea înainte agravează durerea. Se notează frecvent între cauzele declanșatoare, un traumatism, o sarcină sau o clinoterapie mai îndelungată, factori care modifică statica corpului și la care se pot asocia o scolioză lombară. Un examen incomplet poate să confunde durerea lombară ca iradiată de la rinichi, apendice, anexe uterine supuse actului operator în mod inutil, fără să suprime durerea. Tratamentul este, în forme mai ușoare simptomatic, fiziote-



Scanned with OKEN Scanner

rapic, în formele rebele chirurgical. Se mai recomandă portul unui corset și limitarea eforturilor de muncă.

Lombalizarea primei vertebre sacrate este un aspect malformativ și poate sau nu poate da semne acute, problema încadrîndu-se în același cadru nosologic, la care încă se mai pot adăuga absența unei vertebre, o vertebră supranumerară. O vertebră supranumerară se prezintă mai totdeauna ca o pană de crăpat lemne, interpusă între două vertebre normale și determinînd devierea coloanei vertebrale.

Scanned with OKEN Scanner

# Diagnosticul diferențial între hernia de disc și diverse afecțiuni vertebro-medulare

(după C. Arseni și M. Simionescu în redacția T. Burghele)

## HERNIA DE DISC

Apare la orice vîrstă, la ambele sexe, brutal, după un efort.

Evoluția simptomelor e rapidă și continuă (puseuri separate de remisiuni).

Durerea e monoradiculară, de obicei unilaterală ; dispare în repaus ; în general caracter de lombosciatică.

Sensibilitatea : hipoestezie discretă, mai rar anestezie monoradiculară.

Tulburări motorii : tardive și de tip segmentar.

Tulburări trofice și sfincteriene : tardive și discrete.



Scanned with OKEN Scanner

Radiografia simplă : Triada Barr, rară ; scolioză ; hernii intraspongioase.

Mielografia : stop parțial ; ancoșă laterală ; „cioc de flaut".

L.C.R. și manometria : normal ; blocaj absent.

## TUMORI MEDULARE ÎN REGIUNEA LOMBARĂ

Apar la orice vîrstă, lent și progresiv.

Evoluția simptomelor : lentă și progresivă, uneori cu puseuri separate de perioade staționare ; durerile au orar inconstant, apar mai ales noaptea ; nu sînt influențate de poziție ; apar în paroxisme.

Durerea : rahialgii frecvente ; dureri monoradiculare și bilaterale.

Sensibilitatea : tulburări pronunțate, dar tardive ; la început sînt discrete, apoi globale, cu limite nete.

Tulburări motorii : tardive, directe.

Tulburări trofice și sfincteriene : apar tardiv și sînt discrete.

Radiografia simplă : normală în general ; pot apărea modificări (semnul Elsberg și Dyke ; atrofie de corpi vertebrali ; mărirea găurilor de conjugare).

Mielografia : imagine caracteristică ; adesea stop.

L.C.R. și manometria : blocaj complet ; hiperalbuminoză.



Scanned with OKEN Scanner

## TUMORI VERTEBRALE

Apar la bătrîni, de ambele sexe ; brutal.

Evoluția simptomelor : rapidă și continuă spre agravare.

Durerea : rahialgii care preced durerea radiculară, radiculalgie mono- sau plurisegmentară continuă și de intensitate neobișnuită.

Sensibilitatea : limită netă, în general discretă, dar interesînd toate modurile.

Tulburări motorii : parapareză precoce ; paraplegie bruscă, uneori prin fractură patologică.

Tulburări trofice și sfincteriene : precoce și intense.

Radiografia : stop total cu imagine în „cască" sau „molar", contraindicată și inutilă după unii.

L.C.R. și manometria : blocaj total ; hiperalbuminoză masivă — 5 g‰.

Examen local uneori patognomonic ; prezența altei tumori în organism ; examene de laborator concludente de obicei (V.S.H., urină, hemogramă, puncție sternală).

## MORB POTT

Apare la tinere și bătrîne, lent și progresiv.

Evoluția simptomelor : lentă și progresivă cu alură inflamatorie.

Durerea : monoradiculară bilaterală, moderată ; se calmează sau dispare la repaus.

Sensibilitatea : hipoestezie globală discretă.

Scanned with OKEN Scanner

Tulburări motorii : paraparezâ tardivă ; paraplegie bruscă. uneori prin fractură patologică (la bătrîne).

Tulburări trofice și sfincteriene : tardive și discrete.

Radiografie simplă : caracteristică chiar în faza de debut.

Mielografia : contraindicată.

L.C.R. și manometria : blocaj parțial ; albuminorachie normală sau foarte ușor crescută (unii o contraindică).

Impregnare tuberculoasă ; prezența bacilului Koch ; contractură segmentară și uneori gibus sau cifoscolioză.

## TRATAMENTUL LEZIUNILOR DISCALE

În cazul unor astfel de leziuni, terapeutica noastră vizează trei obiective : calmarea durerii, restabilirea articulară, reintegrarea în cîmpul activității profesionale.

Arme terapeutice :

a) *Medicația antalgică* este indispensabilă și obligatorie în faza acută, cînd se poate recurge la morfină. Alte tratamente după Cyriax : injecții de sol. xilină 1%, Boicil, în masa mușchilor contractați antalgic sau în spațiul epidural.

b) *Repausul clinostatic*. Acest repaus favorizează rezorbția edemului. Patul va fi tare și menținut chiar 1—2 săptămîni, dacă nu mai mult. Poziția în pat va fi decisă de bolnavă. E bine totuși ca imobilizarea să nu fie prea lungă și mulți ortopezi înlocuiesc imobilizarea în pat cu un aparat de ghips sau chiar cu un sutien lombar, care permit prin îndepărtare periodică fizioterapie și kinezoterapie și odihnă în cursul nopții.



Scanned with OKEN Scanner

Imobilizarea prelungită are multe dezavantaje. Mușchii dorsali se sclerozează, favorizează recidiva.

c) *Tracțiunile* favorizează corectarea subluxațiilor apofizelor articulare, reducerea pensării unui franj sinovial sau să desfacă aderențele. Nucleul pulpos reintră la locul lui. Sînt mai multe metode de tracțiune, unele foarte simple și practice.

După C. Arseni, tratamentul herniei de disc lombare este următorul :

În faza de lombalgie, în faza de lombosciatică recentă, în formele clinice lipsite de semne neurologice și în cele cu puseuri dureroase scurte, cu acalmii lungi, se va recurge la tratamentul conservator în care intră, pe lîngă mijloacele enumerate mai înainte, rahianestezia, extensia vertebrală, manipulațiile vertebrale, hidroterapia, balneoterapia, electroterapia, ultrasunetele, razele ultraviolete, radioterapia, chemonucleoliza.

d) *Tratamentul chirurgical* (C. Arseni) :

Indicații absolute :

— herniile de disc acute sau cronice cu semne de compresiune sau de întrerupere uni- sau pluriradiculare, deci cu semne neurologice mari, cu tulburări sfincteriene, cu parestezii în plantă, cu semnul Lasègue contralateral, cu sindrom de iritație radiculară accentuat.

Indicații relative :

— herniile de disc după 3—4 puseuri dureroase (ultimul puseu durînd de peste 2—3 luni) în care s-a făcut tratament medical și la care intervalul dintre penultima și ultima criză a fost scurt, de cîteva săptămîni, deci în cazuri de sciatică recidivantă cronică, veche, care nu cedează la tratamente medicale ;

— herniile de disc în faza de lombalgie cu contractură, fără alte semne neurologice, care rezistă la tratament



Scanned with OKEN Scanner

și redoarea a persistat după un puseu accentuat de lombosciatică.

Contraindicații :

— herniile de disc cu leziuni anatomice vechi, ireversibile ;

— bătrînețea, tare organice.

După Armstrong (1952) indicațiile tratamentului chirurgical sînt următoarele :

— eșecul tratamentului medical al formelor acute după șase săptămîni sau după recidive proaspete ;

— rezultat slab al tratamentului medical în formele subacute, cu persistența durerilor foarte intense sau în recidivă ;

— hernia discală masivă cu compresiunea cozii de cal ;

— compresiune radiculară severă cu atrofie musculară.

*Tehnica*

O problemă controversată este aceea dacă leziunea discală trebuie sau nu îndepărtată. Oricum însă articulația intervertebrală trebuie stabilizată și neuroliza efectuată.

Dandy retrage ce poate din nucleul pulpos și caută să fuzioneze solid cele două vertebre supra- și subdiscale.

Ele (1964) burează spațiul intervertebral cu fragmente de os spongios tot cu scopul fuzionării intervertebrale.

Cu actul operator nu s-a sfîrșit rolul medicului. El va prescrie ulterior tratament fizioterapic și va face recomandările necesare pentru prevenirea recidivelor ori schimbări ale locului de muncă.

## LOMBOSCIATICA ȘI ACUPUNCTURA

După autori ca Melzack și Wall (1965) influxul dureros ar fi supus unor porți de control situate la nivelul



Scanned with OKEN Scanner

medular și central, „care modulează declanșarea stimulării senzoriale înainte ca stimulul să determine percepția dureroasă".

Substanța gelatinoasă a lui Rolando îndeplinește rolul de „filtru cu permeabilitate variabilă" sau ar fi o adevărată „poartă".

Acupunctura va închide „poarta", blocînd influxul dureros venit de la periferie.

În sindroame vertebrogene și de algii (artro-mialgii) acupunctura a dat rezultate pozitive, în procente diferite, după autori. Media acestor rezultate pozitive obținute se cifrează la 83%. Contribuții românești : Crăciun, Dumitrescu, Dragomirescu, Constantin și alții.

Afecțiunile coloanei vertebrale și ale măduvei spinării sînt — trebuie să recunoaștem — mult mai importante decît se crede în mod curent. Aceste afecțiuni, chiar cînd sînt oculte, tăcute, nerecunoscute, dau loc la o patologie repercusivă, realizînd tabloul visceropatic, vegetodistonic sau nevrotic (Păunescu-Podeanu).

Există așadar și o patologie viscerală de origine vertebro-medulară, dar tulburările abdominale (și nu numai ele) generate de afecțiunile vertebrale sînt de multe ori atît de polimorfe, de complexe, de confuze încît au primit denumiri diferite.

Oricum, problema nu e ușoară și nu trebuie privită numai dintr-un singur punct de vedere.

Uneori ne întrebăm care e de fapt primum movens-ul ? Visceropatia întreține sau agravează lombalgia, sau vertebropatia cauzează suferința abdomino-pelvică ?

În această relație trebuie să avem în vedere mai multe fapte și ipoteze și ele trebuie bine cumpănite ca importanță :

Scanned with OKEN Scanner

a) relația nu poate fi obligator cauzală, ci numai coexistentă ;

b) spondilopatia manifestă poate reactiva afecțiuni viscerale organice ;

c) la această relație mai participă în mod obișnuit și încă destul de activ frigul, infecțiile de focare, boli infecțioase intercurente în special virotice, reumatismul, microtraumatismele repetate, eretismul neuro-vegetativ, hiperexcitabilitatea cortexului prin tensiune nervoasă, factorii dispetici, tulburările endocrino-hormonale, factori constituționali, terenul alergic etc.

Reținem deci și confuzia și dificultățile de diagnostic și tratament și concluzionăm că „este bine să nu se uite coloana vertebrală cînd ne aflăm în fața unui abdomen suferind, fără cauză clară, fără identitate evidentă“ (De Sèze). Și alți autori insistă în această direcție. Gutzeit, Kunert, Otto, Barré (citați de Păunescu-Podeanu) ne dau următorul sfat : „să nu uităm coloana vertebrală în fața unor tablouri, clinice neuro-senzoriale, de tip vegetodistonic și chiar nevrotic“.

Apreciem ca foarte justă observația lui Păunescu-Podeanu și anume că în această interrelație viscero-vertebrală să se caute și alți factori etiologici în afara acestui binom, fără să se neglijeze factorii psihotraumatizanți, nevrotigeni, care trebuie nu numai identificați, dar și combătuți.

## ALGIILE RAHIDIENE PRIVITE SINTETIC

1) *Algiile de natură artrozică*

Caractere :

— sînt foarte des întîlnite în practică ;



Scanned with OKEN Scanner

— procesul începe cu degenerescență discală (turgescența discului), urmată de ruptura inelului fibros și alunecarea nucleului în interiorul canalului rahidian, cu compresiune mai mult sau mai puțin importantă asupra rădăcinilor, dar cu o singură reacție inflamatorie locală întreținută de existența nucleului în vecinătatea rădăcinei interesate ;

— manifestare clinică de lumbago sau sindrom lombosciatic ;

— lumbago cronic înseamnă insuficiență discală dureroasă avînd ca factori etiologici vîrsta peste 50 ani, guta, obezitatea, deci tulburări metabolice și factori statici ca piciorul plat, hiperlordoza, cifoscolioza ;

— lombalgia se asociază cu sciatalgia, cruralgia, durerea la nivelul femurocutanatului și a regiunii inghinocrurale.

2) *Algiile de natură inflamatorie prin spondilită anchilozantă*

Caractere :

— algiile rahidiene sînt nocturne, redoarea a progresivă

— progresează de jos în sus (forma Strümpell- Pierre Marie) ;
— evoluează de sus în jos (forma Bechterew) ;
— în forma periferică (scandinavă) durerile interesează la început pumnii, coatele, glezna.

3) *Algiile de natură tumorală*

Caractere :

— apar la persoane în vîrstă, durerile sînt permanente, progresive, iradiază, se exacerbează la mișcări ;

— în antecedente cancer osteofil (sîn, prostată, tiroidă) ;



Scanned with OKEN Scanner

— tumori vertebrale primitive mai frecvente sînt : osteo-sarcomul, mielomul multiplu, granulomul osteofil, hemangiomul ;

— V.S.H. mărită, iar radiografic apar porțiuni vertebrale „ca șterse cu guma", rarefierea corpului vertebral, cu rețea de travee, condensări, geode, liză cu tasare etc., după natura și stadiul bolii.

4) *Algiile de natură infecțioasă*

Caractere :

— apar la tineri, se calmează prin repaus ;

— contractura musculară e importantă ;

— febriculă ;

— cauze : T.B.C., stafilococul, melitococul, dar și gonococul ;

— examenele radiologice și de laborator sînt destul de concludente.

5) *Algiile de natură osteopatică*

Caractere :

— decalcifiere ;

— cauze : metabolice, imobilizarea prelungită, endocrinopatiile, menopauza, osteomalacia, osteoporoza femeilor obeze ;

— examenele clinic și radiologic foarte concludente.

6) *Algiile de natură osteocondritică*

Caractere :

— proprii adolescenței (boala Scheuerman) ;

— interesează mult mai frecvent coloana dorsală și excepțional cea lombară ;

— aspect cifotic cu proeminența apofizelor spinoase ;

— apăsarea mărește durerea ;



Scanned with OKEN Scanner

— radiografic : contur vertebral festonat sau cuneiform, cu o pată clară intraspongios (hernia sau nodulii Schmorl).

7) *Algiile de cauză traumatică*

Caractere :

— sînt secundare fracturilor ignorate sau nu (sindromul Kümmel-Verneuil) ;

— radiografia pune în valoare modificări uneori foarte discrete.

8) *Rahialgii cu punct de plecare visceral*

Sînt luate în discuție la alte capitole.

Scanned with OKEN Scanner

# Cauze reumatismale

## REUMATISME INFLAMATOARE
## REUMATISME DEGENERATIVE

Reumatismul a fost acuzat multă vreme ca generator de lombalgii, socotit ca răspuns patologic la agresiunea microbiană cantonată într-un sector : amigdală, dinți, articulații, mușchi, sinusuri, viscere. De fapt este foarte adevărat că un focar infecțios are răsunet în economia organică generală, dar aproape nimeni nu mai este convins astăzi de apariția reumatismului prin localizare microbiană în sistemul mio-articular.

Alergologii susțin că reumatismul este o boală alergică, o alergie cauzată de toxinele microbiene.

Dar din 1951, de cînd Selye a elaborat o concepție nouă, s-a acreditat și teoria hormonală, deoarece tratamen-



Scanned with OKEN Scanner

tul cu ACTH și cortizon dă rezultate bune în maladia reumatismală. Așa că, în clipa de față, o teorie plauzibilă este aceea după care „reumatismul ar fi expresia unor alterări degenerative a țesutului mezoblastic la unele subiecte predispuse. Afecțiunile altădată grupate în cadrul reumatismului, sînt acum considerate ca boli ale colagenului sau boli ale mezenchimului".

Deci ar fi vorba de o maladie de adaptare (Selye) cauzată de o cauză extrinsecă (un virus filtrant ?), care provoacă în organism o serie de reacții a căror natură nu e specială agresiunii. Prin aparatul său neuro-endocrin, organismul se va adapta sau nu. O agresiune relativ minimă e capabilă să provoace o reacție de adaptare disproporțională și persistentă. Cu toate rezultatele obținute în combaterea bolilor de adaptare, concepția lui Selye nu e însă admisă unanim.

În etapa actuală însă, unificarea etiopatogenică a bolilor reumatismale nu este posibilă. Dacă limităm noțiunea de reumatism la bolile inflamatorii articulare și osteoarticulare, care interesează structurile conjunctive derivate din mezoderm și nu răspund unor etiologii bine definite, cadrul nosologic al acestor afecțiuni se restrînge simțitor și nesatisfăcător. Medicul practician este confruntat zilnic, în privința bolilor reumatismale, cu o sumedenie de afecțiuni osoase și articulare, fiind obligat să diferențieze cel puțin afecțiunile reumatismale inflamatorii de cele cu caracter cronic degenerativ.

Astfel, reumatismul inflamator își face debutul la nivelul sinovialei, unde la început se produc fenomene de exudație, urmate de infiltrație celulară și de producerea unui țesut de granulație care distruge cartilajul articular și dă naștere la anchiloze și deformări articulare ireversibile.



Scanned with OKEN Scanner

Perturbările imunologice cunoscute astăzi în reumatismele inflamatorii constituie numai o verigă în procesul de declanşare a bolii. Din punct de vedere etiologic, în această grupă intră artritele infecţioase de cauză cunoscută (bacteriene, virale etc.), bolile reumatismale infecto-imuno-patologice (reumatismul articular acut, poliartrita reumatoidă, spondilita anchilozantă, artropatiile din purpura reumatoidă, manifestările artropatice din colagenozele majore), bolile reumatice prin inflamaţie microcristalină (guta şi condrocalcinoza articulară), bolile reumatismale abarticulare şi articulare prin traumatisme şi factori fizici (tendinţe. bursite, periartrite), bolile alergice cu manifestări reumatismale (boala serului), artropatii inflamatorii asociate unor boli de sînge, neurologice, endocrine, neoplazice.

Reumatismul degenerativ, care cuprinde cam 50% din totalul reumatismului cronic, este o boală a ţesutului mezenchimal cu punct de plecare în cartilajul articular sau discul intervertebral, manifestîndu-se cel mai frecvent după vîrsta de 40 de ani. Reumatismul degenerativ, reprezentat prin artroză şi spondiloză, poate fi socotit rezultatul unei distrofii generale a ţesuturilor care interesează nu numai aparatul locomotor dar şi restul organismului, mai ales aparatul circulator şi tegumentele.

Cauzele reumatismului degenerativ pot fi : tulburările statice, metabolice, endocrine, carenţiale, distrofice, superfuncţia, traumatismele, starea constituţională, precum şi componenta infecţioasă sau psihică, condiţiile de macro şi microclimat. Boala nu se evidenţiază clinic concomitent cu debutul leziunilor degenerative, ci numai în momentul cînd organismul, în întregime sau parţial, nu se poate adapta prin aparatul său musculo-ligamentar la noua situaţie. După unii autori numai 15% din artrozele sau spondilozele diagnosticate anatomic dau manifestări clinice.



Scanned with OKEN Scanner

Trebuie să mai reținem :

— bolnavele suferind de lombalgii acuză de obicei și alte algii (deci diagnosticul va fi precizat numai după excluderea altor cauze algice pentru a nu se da loc la erori) ;

— lombalgiile au contigențe mai strînse cu frigul umed decît cu frigul uscat, deși nu putem încă explica mecanismul de acțiune al acestui proces ;

— se consideră că lombalgiile au în general o origine reumatismală. Totuși tendința modernă este de a le socoti sindroame consecutive unei discopatii sau unei tulburări statice.

Reumatismul constituie încă o problemă de clarificat, după unii chiar un „mister". Recent (vara anului 1977) s-au desfășurat la San Francisco lucrările Congresului internațional de reumatologie, la care au participat circa 300 specialiști, între care și o delegație de români. Justificarea acestui Congres a fost oferită de constatarea unanimă că :

— reumatismul nu este o boală ca oricare alta, ci o „categorie" destul de mare de boli ;

— această categorie are consecințe socio-economice foarte importante ;

— explicația etiopatologică trebuie căutată în sfera imunologică („erori de informație", deficit în „armata de apărare", „anomalii imunologice") și în domeniul celular cu producția de anticorpi, de mediatori numiți limfokine, cu infiltrare limfocitare, cu punerea în valoare a unor enzime normal inactive (Krane) care alterează constituenții articulațiilor ;

— e foarte posibilă acțiunea unui virus în reumatismele inflamatorii ;

— este demonstrată predispoziția genetică (Kahn) în spondilartrita anchilozantă ;



Scanned with OKEN Scanner

— s-a observat receptivitatea unor grupe tisulare ca H La — $B_{27}$ ; H La — $DW_4$.

Toate aceste elemente noi de informație subliniază necesitatea stringentă a cunoașterii lor, în drumul cognoscibilității complete a bolilor reumatismale. Drept pentru care le-am inserat în lucrarea prezentă.

## FIBROSITA

Deși clinicienii recunosc și tratează fibrosita ca pe o entitate de sine stătătoare, ea nu și-a găsit pînă în prezent un suport anatomic. Etiologia este necunoscută. La congresul Asociației medicale Britanice (din 1953) i s-a consacrat o dezbatere interesantă.

Caractere : contractură și durere extraarticulare, interesînd mușchii și tecile lor de țesut conjunctiv în regiunile dorsolombare, la gît, la umeri.

Părerile sînt diferite. Douthwaite pretinde o boală vertebrală sau o entorsă.

Kersley acuză tulburări posturale, afecțiuni viscerale, tulburări psiho-somatice.

Cyriax e foarte prudent în recunoașterea acestei afecțiuni. După el contractura s-ar datora unei leziuni osoase subjacente.

Copeman și Ackerman cred că nodulii dureroși ar fi niște mici hernii de grăsime prin aponevroză.

Kellgren calmează durerea injectînd în acești micronoduli novocaină sol. 2%.



Scanned with OKEN Scanner

Elliot * : nodulii reumatismali formați din fibre musculare contractate sînt expresia unei „deranjări" a articulației lombo-sacrate.

După unii autori americani s-ar putea face legătura cu o infecție acută, o activitate fizică exagerată, cu oboseala, cu expunerea la umezeală, cu toate acestea de cele mai multe ori nu se depistează în antecedente nici un factor demn de luat în considerație.

Fibrosita afectează persoanele tinere, mai ales în stare de tensiune emoțională, care, în unele cazuri, amintesc reumatismul psihogen.

Simptomele sînt mult mai accentuate după un repaus prelungit, după expunerea la frig sau umezeală.

Din partea laboratorului și radiologiei nu putem avea nici o contribuție.

Tratamentul este simptomatic și include :

— repausul regiunii interesate,
— căldură prin pernă electrică, vată termogenă,
— masaj,
— exerciții gimnastice prudente și progresive,
— salicilați și revulsive,
— injecții cu xilină, novocainã, procainã în punctele dureroase,
— raze ultrascurte, infraroșii ; nămol radioactiv.

*Lumbago* sau sindromul dureros lombar, deși cunoaște foarte multe cauze posibile, se consideră că în ceea ce privește legătura lui cu afecțiunile reumatismale acest sindrom traduce o suferință discală în majoritatea cazurilor.

În practica curentă, această suferință poate avea următoarele cauze :

* Autorii de mai sus sînt citați de Schleyer-Saunders.



Scanned with OKEN Scanner

a) *leziunea discală*, cea mai frecventă, care se prezintă clinic sub formă de lumbago acut sau cronic, cu sau fără sciatică sau cruralgie. Această leziune poate fi o hernie de disc prin ruptura inelului fibros și migrarea nucleului pulpos în urma unui efort, care se poate întîlni la orice vîrstă și de cele mai multe ori este însoțită de sciatică radiculară avînd un caracter acut, uneori dramatic.

De asemenea, leziunea discală poate fi reprezentată printr-o degenerescență a discului fără ruptura inelului fibros, care poate fi întîlnită mai des după 40 de ani și se traduce prin durere de obicei moderată, uneori intensă, localizată în regiunea lombară joasă ce se calmează la repaus și se accentuează la efort. Tratament :

— repaus la pat, flanelă caldă, pernă electrică, aer cald, masaj sedativ,

— ultrasonoforeză cu hidrocortizon, galvano-ionizări, diadinamoterapie,

— aspirină, piramidon, fenilbutazon, clorsoxason,

— fricțiuni locale cu revulsive,

— infiltrații paravertebrale cu hidrocortizon și xilină, injecții intradermice locale cu histamină.

b) *tulburări statice datorate mai multor cauze :* displazii sau coxartroze coxo-femurale, asimetria membrelor inferioare, anomaliile tranziționale lombosacrate (sacralizarea ultimei vertebre lombare sau lombalizarea primei vertebre sacrate), spondiloza, spondilolistezis, scolioza, sindromul trofostatic.

Sindromul trofostatic este o cauză principală a lombalgiilor la femeile în jurul vîrstei de 50 de ani, în preajma menopauzei. El se datorează acumulării mai mult sau mai puțin rapide a unui depozit mărit de țesut gras pe abdomen, favorizat de menopauză, urmat de relaxarea exagerată a musculaturii abdominale și producerea fenomenului



Scanned with OKEN Scanner

de hiperlordoză lombară. Acest fapt solicită articulațiile interapofizare și determină un contact al apofizelor spinoase, tradus clinic prin dureri lombare resimțite mai ales la efort și ortostatism prelungit.

c) *afecțiunile metabolice* (osteomalacia, osteoporoza, hiperparatiroidia și boala lui Paget), care pot da lombalgii, uneori de mare intensitate, prin afectarea structurilor osoase ale coloanei vertebrale, datorită unui metabolism viciat al calciului în organism.

d) *leziunile traumatice,* reprezentate prin tasări sau fracturi ale corpilor vertebrali și mai ales ale apofizelor transverse, în urma unor traumatisme ale regiunii lombare.

e) *Morbul Mott* lombar incipient, care afectează în general persoanele tinere și care în afară de durere de tip mecanic și stare generală la început conservată, prezintă un V.S.H. crescut și I.D.R. la tuberculină intens pozitiv. La examenul radiologic se evidențiază pensare discală, aspect șters al platoului vertebral sau uneori eroziunea sa cu G.O.D. neregulate intrasomatice (mai ales tomografii).

f) *Spondilita anchilozantă* mai rar întîlnită la femei.

## SPONDILITA ANCHILOZANTĂ

Sinonime :

— spondilartrita anchilopoetică,
— boala Strümpell — Pierre Marie,
— boala Bechterew,



Scanned with OKEN Scanner

— spondilită osifiantă ligamentară,
— fibrositâ anchilopoetică a spatelui,
— sindesmofilia osificantă,
— spondilartrita anchilozantă,
— spondilita anchilozantă,
— pelvispondilita osificantă,
— spondilita reumatoidă,
— spondilita deformantă.

Am reprodus aceste denumiri pentru a se elimina orice confuzie care ar putea deruta pe un nespecialist în reumatologie sau ortopedie.

A fost descrisă de Strümpell și mai complet de Pierre Marie, în 1907, care au considerat-o ca o „anchiloză aproape completă a coloanei vertebrale și a articulațiilor de la rădăcina membrelor".

Definiție anatomică : menisco-ligamentită osifiantă.

Consultînd statisticile, se remarcă apariția semnelor de debut între 20—45 de ani, dar mai frecvent între 16—30 de ani. Tot din statistici se mai degajă un fapt : maladia este esențial masculină (andropatie).

Aceasta însă nu exclude apariția spondilitei anchilozante și la femei. Din observațiile lui Coste rezultă că peste 12% din bolnavi au fost femei.

Forestier explică această particularitate a predominenței masculine prin dispoziția limfatică : limfaticele prostato-veziculare se dirijează spre ganglionii presacrați și ganglionul stelat, deci comportă un releu prevertebral. Limfaticele anexelor uterine se varsă în ganglionii iliaci preaortici, rămînînd așadar la distanță de coloana vertebrală.

Cauza afecțiunii este, după unii, de ordin infecțios. Dintre toate infecțiile, cea mai de temut ar fi gonococia, după cercetările lui Pierre Marie. În adevăr, gonococia a fost identificată în 1/3—1/2 de cazuri, dar ea nu este totul.



Scanned with OKEN Scanner

Mai ales în zilele noastre, cu mijloace actuale de tratament gonococul și-a pierdut din importanță. Nici cronicizarea infecției gonococice nu spune prea mare lucru. La femei cronicizarea este mai frecventă și totuși spondiloza la ele este excepțională. La noi, Dumitriu consideră că infecția neisseriană are totuși un rol important.

Alți cercetători s-au îndreptat în direcția infecției tuberculoase, dar bacilul Koch nu a putut fi pus în evidență. Totuși între bolnavi s-au găsit cazuri de tuberculoză veche, vindecată clinic. Pe baza acestor constatări s-a emis ideia unei varietăți de reumatism tuberculos de tip Poncet.

Au mai fost acuzați fără temei obiectiv sifilisul, streptococul, meningococul, germenii din flora intestinală.

Deși Pierre Marie și Leri negau rolul traumatismului, alți autori nu-l neagă. Bechterew chiar a denumit o anumită formă de spondilită cu termenul de cifoză heredotraumatică, iar M.P. Weil a totalizat 25% din cazuri cu această etiologie. Cu totul actuală se neagă complet toată această etiologie, incriminîndu-se din ce în ce mai mult factorul genetic.

*Simptome :* tabloul simptomatic se poate exprima prin binomul durerei rigiditate. Durerile sînt nu numai dorsolombare, ci și sacrale, costo-vertebrale, intensificîndu-se în timpul nopții. Irita sau iridociclita la un tînăr ne dă dreptul să suspectăm boala.

Ceea ce merită de a fi subliniat este apariția acestui binom simptomatic, aproape totdeauna în regiunea dorsolombară putînd prin iradierea lor să dea naștere la numeroase erori de diagnostic, cu atît mai mult cu cît în faza de debut semnele radiografice de multe ori lipsesc. Dealtfel, diagnosticul de siguranță se va pune pe baza apariției sindesmofitelor (osificare ligamentară) și a semnului lui Romanus, semn radiologic exprimat prin rezorbția marginii

Scanned with OKEN Scanner

anterioare a corpului vertebral, dînd imaginea „vertebrei pătrate".

În diagnostic ne vom ajuta și cu cîteva semne biologice : V.S.H. accelerat, cifre ridicate ale fibrinogenului, ușoară hiperleucocitoză.

*Semnele generale :* subfebrilități și slăbiri.

Forma clinică la femei este rareori deosebită : la ele predomină uneori artritele interfalangiene, de tip artrită reumatoidă, iar sindromul vertebral e mai puțin accentuat.

Ca evoluție, boala are o tendință progresivă timp de 10—15 ani, cu puseuri acute și pericol de fracturi ale rachisului.

*Diagnosticul* poate fi eronat în faza de debut, durerile fiind atribuite unui lumbago, unei spondilite de altă natură, unei nevralgii, unor visceropatii, dar dacă apar semne radiologice lucrurile se clarifică. În faza de deformare se vor elimina rigiditățile difuze datorite unor afecțiuni nervoase : boala Parkinson, unele tumori nervoase (lumbago-xanthocronic Sicard-Laplane), pitiatism.

Aceste rigidități dispar sub anestezie generală. Se vor elimina cu ajutorul examenului radiologic ostelitele vertebrale pottice, osteomielitice, mielitococice, spondilita traumatică, maladia Paget, maladiile vertebrale, spondiloza, plicatura senilă și cîmpenească.

Se vor elimina de asemenea cifoza juvenilă dureroasă a adolescentelor, boala Scheuermann (corpuri vertebrale cuneiforme și noduli Schmorl) ; reumatismul brucelian, metastazele osoase.

*Tratamentul :*

— gimnastică pentru evitarea anchilozelor,

— medicația antiinfecțioasă, vizînd în primul rînd focarul primitiv,

— vaccinoterapie (terapia de șoc), azi scoasă din uz,



Scanned with OKEN Scanner

— tratamente cu brufen, fenilbutazon, reumanol, clorzoxazon.

— recalcifiante și tratament balnear,

— radioterapie în doze mici antiinflamatorii, la 2 zile 50—75 r, în 5—8 ședințe, curieterapie internă cu Thorium X, această a doua terapie fiind foarte criticată și de mulți terapeuți eliminată din practică.

Scanned with OKEN Scanner

# Lombalgiile și tubul digestiv

## TULBURĂRILE DIGESTIVE

Schleyer-Saunders explică în felul următor mecanismul lombalgiilor prin afecțiuni digestive :

— Lombalgiile pot coexista cu tulburări digestive, dar pot fi și antrenate de ele.

— Orice distensiune intestinală, destinzînd și mezenterul, cauzează lombalgia.

— Apendicita retrocecală provoacă contractura psoasului ; acesta cauzează o atitudine posturală vicioasă prin dezechilibrul bazinului.

— Frecvența lor e mai redusă în comparație cu afecțiunile colo-rectale, ca :

a) *rectosigmoiditele,*

b) *diverticulitele,*



Scanned with OKEN Scanner

c) *fisurile anale,*

d) *cancerul colonului sau rectului.*

Dar lista cauzelor digestive nu se poate încheia aici. Șt. Șuteanu și colaboratorii expunînd cauzele extravertebrale ale lombalgiilor disting trei mari categorii : cauze renale, cauze ginecologice și cauze digestive. În categoria acestora din urmă intră și :

e) *ulcerul gastro-duodenal,*

f) *cancerul gastric,*

g) *pancreatita cronică* (și acută),

completîndu-se astfel lista lombalgiilor de cauză digestivă.

Diagnosticul afecțiunilor digestive mai importante :

**Apendicita**

Semn major : durerea la presiune în regiunea apendiculară.

Puncte apendiculare : McBurney, Lanz, Sonnenburg, Monro etc.

Manevre : Blumberg, Rowsing, Iaworski, Lambescu (semnul șocului lombar în dreapta).

Durerea iradiată în coapsă=semnul Enriquez și Gutmann, în forma claudicantă a apendicitei cronice.

Interesează în special forma cronică a apendicitei retrocecale. În acest caz durerea este lombară și nu în punctele citate.

Examenul radiologic este foarte concludent.

**Sindromul ulceros** stă la baza diagnosticului clinic de boală ulceroasă. Dintre cele cinci simptome principale cel mai important este durerea, localizată cel mai frecvent la epigastru. Dar sînt cazuri cînd epigastralgia iradiază în tot abdomenul, fie spre umeri, fie paravertebral (C. C. Dimitriu și colaboratorii), iar caracterele acestei epigastralgii îndepărtează posibilitățile unei erori.



Scanned with OKEN Scanner

În general, durerea este post-prandială, cu un orar aproape fix. Foamea este „dureroasă“ sau „imperioasă“, durerea dispare prin alimentație, vărsături, ingerarea de alcaline și cîteodată prin repaus la pat. În afară de caracterul ritmicității, periodicitatea (apariția sezonieră) formează fundamentul diagnosticului clinic. După mai mulți autori, studiul secreției gastrice își pierde din valoare, în favoarea examenului radiologic, în care radiologul este pe poziția unui „vînător de nișe“, ceea ce face ca acest examen să fie pozitiv numai în 80—90% din cazuri.

Pentru aceste motive examenul clinic este decisiv.

Importanță redusă mai au gastroscopia, reacțiile Weber, Adler, Gregersen sau Mayer pentru cercetarea hemoragiilor oculte, identificarea porfirinelor în fecale și poliglobulia.

În ceea ce privește ulcerele duodenale, sindromul clinic ulceros este prezent. Aici radiologia este mult mai valabilă. Condițiile „perfecte“ ale examenului radiologic în ulcerele duodenale o formează :

— clișeele luate în serie, cu grijă, la intervale scurte ;
— examenul în perioada de activitate ulceroasă ;
— poziția în decubit ventral ușor înclinat ;
— compresiune dozată ;
— injecția cu substanțe farmacodinamice, de preferință Probantin (C. C. Dimitriu).

**Diverticulul duodenal** inflamat este recunoscut radiologic.

**Boala Crohn-Ginsburg-Oppenheimer,** sau ileita terminală, se manifestă radiologic prin string-sign (semnul sforii), iar clinic prin diaree intermitentă, ori continuă, și tumoră dureroasă la palpare în fosa iliacă dreaptă.



Scanned with OKEN Scanner

**Diverticulul lui Meckel** inflamat poate prezenta aspectele unei apendicite sau ileite terminale.

**Cancerul gastric.** Dintre cele două categorii de semne, clinic și radiologic, ultimele sînt prioritare ca importanță, deoarece „imaginea de cancer nu dispare efectiv niciodată și crește progresiv".

**Pancreatita cronică** este mai reliefată ca factor de lombalgie prin sediul retroperitoneal al organului.

Pancreatita cronică dureroasă are ca sediu dominant al crizelor regiunea dorso-lombară. Pentru diagnosticul unei pancreatite cronice e bine să reținem următoarele :

— Este secundară unei afecțiuni a altui organ abdominal.

— Simptomele clinice sînt variabile, puțin specifice și mai ales manifestate la distanță (Tr. Roșca).

— Există totdeauna pierdere ponderală.

— Glandele salivare încearcă să supleeze funcțional pancreasul, deci sialoree (Hațieganu).

— Apar flatulența, subicterul discret, tulburările trofice cutanate, tulburări psihocerebrale și polinevrite, foetor oral și chiar tulburări neuro-endocrine cu disinsulinism.

**Rectocolitele** și în general cancerele sau inflamațiile recto-colice determină lombo-sacralgii sau lombo-sciatalgii prin următoarele mecanisme patogene :

— prin proces de periviscerită (perirectită, perisigmoidită etc.) ;

— prin complicații peritoneale ;

— prin afectarea limfo-ganglionară ;

— prin procese de nevrită, plexită lombosacrată, hipogastrică și sacrată în cazul patologiei rectale ; plexită solară, lombo-aortică și hipogastrică în patologia colonului ;



Scanned with OKEN Scanner

— prin extensiunea unei stări de tromboflebită cu punct de plecare ano-rectal ;

— prin distensiune entero-mezenterică.

Pentru încheierea acestui capitol, nu este — desigur — necesar să epuizăm tabloul clinic al tuturor afecțiunilor tubului digestiv. Dar, întrucît cancerul rectal pare să constituie o frecventă localizare a tumorilor maligne ale intestinului și la femeie (35%) menționăm cîteva date numai, cu privire la diagnostic (Gh. Safirescu) :

— Se vor depista cu atenție primele semne funcționale și nu se va aștepta apariția semnelor generale al neoformației.

— Se va reține că debutul clinic îl formează următoarele elemente :

a) constipația alternînd cu diareea ;

b) senzația de corp străin intrarectal și tenesme ;

c) secreție sero-muco-sanguinolentă ;

d) rectoragia.

— Durerea este tardivă. Cauza o formează perirectita, prinderea formațiunilor nervoase, mișcările peristaltice.

— Prinderea formațiunilor învecinate determină dureri lombare, durere pe traiectul sciaticului.

— Explorările paraclinice curente sînt :

a) tactul rectal,

b) rectoscopia,

c) explorarea radiologică.

Tratamentul este radiologic (în măsura radiosensibilității tumorii) și chirurgical.

Ca adjuvant chimioterapia.

Scanned with OKEN Scanner

# Lombalgiile și aparatul urinar

## (LOMBALGII EXTRAVERTEBRALE)

După cum relatează cei mai reputați specialiști, medicul se poate întîlni cu lombalgii la bolnave prezentînd sindroame urinare sau pseudourinare.

Colici nefritice, cu litiaze urice concomitente sau nu, apar în leucoze acute sau cronice, mai ales la bolnavele tratate cu chimioterapie și iradiere (Th. Burghele).

Se mai citează cazuri de „anevrisme ale aortei sau ale arterelor iliace cu manifestări urinare".

Același lucru, aceeași confuzie pentru medicul neavertizat, cu ptozele renale sau calculozele renale avînd manifestări exclusiv digestive.

O tumoră renală, evoluînd posterior, poate da dureri de tip lombo-sciatic prin comprimarea rădăcinilor nervoase sau metastazare vertebrală.

Un exemplu pregnant îl oferă tulburările micționale uneori chinuitoare ale unei bolnave histerectomizată anterior, dar care nu știe pentru ce leziune și care ulterior a



Scanned with OKEN Scanner

fost iradiată. La această bolnavă examenul ginecologic va pune în evidență o scleroză pelviană, post-iradiere. În asemenea situații pe lîngă pelvisul „înghețat" se mai găsește o vezicopatie radica (Th. Burghele).

Se mai atrage atenția asupra reacțiilor adverse ale terapiei medicamentoase abuzivă sau neindicată.

Din toate acestea rezultă necesitatea unui examen medical cît mai competent și mai atent, în care anamneza va fi luată în serioasă considerație.

Rezultă de asemenea posibilitatea interpretării defectuoase a semnelor clinice și eroarea de diagnostic, explicabilă pe de o parte prin motive subiective, pe de alta prin diversitatea și dificultatea manifestărilor patologice.

## GRAVIDA CU SINDROM URINAR

O gravidă poate să ne consulte pentru dureri vii lombare, polachiurie, disurie, pusee febrile (numai în 50—60% din cazuri), și să fie nu o cistalgică ci o pielonefritică.

E drept că atenția medicului trebuie să fie alertată în examinarea unei gravide, nu numai pentru că pielonefrita gravidică nu are o simptomatologie proprie, ci și pentru că în cursul sarcinii coeficientul imunologic este mai redus, profilul hormonal este profund modificat, ca și metabolismul, iar în plus apar condiții statice și mecanice noi.

Th. Burghele redă, în această problemă, o imagine foarte instructivă :

În timpul sarcinii, mai ales în lunile înaintate, atunci cînd uterul prezintă o dezvoltare mai mare în cavitatea pelviabdominală, el determină, fără discuție, modificări



Scanned with OKEN Scanner

ale rezervorului vezical și exercită în același timp și compresiune asupra căilor urinare superioare, mai ales în partea dreaptă, din cauza dextrotorsiunii normale a uterului gravid.

Nu trebuie uitată nici frecvența infecțiilor asimptomatice ce există la femeie, ca pielita bacteriană (1—4%). Această infecție urinară, clinic inaparentă adeseori, poate duce la prinderea parenchimului înainte de apariția simptomatologiei pielonefritice.

Cavitatea vezicală suportă, de cele mai multe ori, o compresiune antero-posterioară, cu apariția a două coarne laterale în care se implîntă, în fiecare, ureterul terminal, iar acesta în porțiunea sa ileo-pelviană formează o dilatație deasupra acestui segment, care duce la un grad de ectazie bazinetală, o alungire a ureterului, cu apariția de cuduri, de „sifon“ subpielic, factor de stază.

Este sigur că, în afară de aceste elemente mecanice ce duc la modificări morfologice ale aparatului urinar, există și influențe hormonale care, fără îndoială, joacă un rol important în producerea unor dilatații, determinînd hipotonia arborelui pieloureteral de origine hormonală (titru crescut de progesteronă), care micșorează amplitudinea și tonusul ureterului. Gravidele se plîng de o senzație de jenă ce survine în timpul micțiunii, evoluînd de la un grad ușor de disurie, pînă la cazuri rare de retenție, în special în sarcinile inclavate în pelvis, dezvoltate într-un uter în retroversiune sau flexiune și care dispar după luna a IV-a, cînd uterul evoluează în abdomen.

În aceste cazuri, care trebuie controlate de obstetrician, se pune rareori problema golirii vezicii la intervale. Nu se va lăsa niciodată o sondă permanentă, din cauza riscului de infecție.

La unele gravide, leziuni urinare preexistente pot fi agravate de sarcină. O tuberculoză urinară, o litiază reno-



Scanned with OKEN Scanner

ureterală, neidentificate înainte de survenirea sarcinii, se pot manifesta clinic de-abia cînd aceasta există. Problemă grea, deoarece explorarea de bază, radiografică și urografică nu pot fi făcute.

În raport cu datele de laborator, cu prezența unui rinichi mare, dureros, cu starea febrilă, cu cistita sau polachiuria se va institui tratamentul leziunii presupuse, analizînd riscurile asupra embrionului sau fătului.

Bacteriuria asimptomatică (2—6%), mai ales în primul trimestru al sarcinii, va fi urmărită și tratată pentru a preveni pielonefrita din ultimele luni ale sarcinii, cu toate consecințele ei.

## RUPTURA SPONTANĂ A RINICHIULUI ÎN PUERPERALITATE

În cazul unui rinichi patologic (hidronefroză, infecție pielo-renală, litiază, maladie polichistică, tumoră renală), organul se poate rupe ca o complicație a sarcinii sau în post-partum în urma unui traumatism neînsemnat.

Manifestarea clinică constă în apariția bruscă a unei dureri în una din lojele lombare care, pe lîngă că e dureroasă, este și plină, ocupată, la examenul palpatoric.

Complicația aparține urgențelor chirurgicale, prin starea de șoc concomitent și reacția abdominală.

## ALTE AFECȚIUNI ALE APARATULUI URINAR

Hidronefroza, pionefroza, perinefrita, rinichiul ectopic, paranefrita, tumorile renale determină în mod obișnuit lombalgii înalte. În schimb calculoza ureterului, ureterita antrenează lombalgii joase (Schleyer-Saunders).



Scanned with OKEN Scanner

În 1943 Felsom a atras atenția asupra unor lombalgii în cursul ureteritelor la femei, fenomenul datorîndu-se unui mecanism reflex.

Grainger în 1957 acuza existența unui focar inflamator cronic al aparatului urinar (pe lîngă cel genital) ca factor ajutător în producerea spondilartritei anchilozante.

Pielonefrita dă dureri lombare spontane. Se va căuta semnul Giordano. Infarctul renal se însoțește de dureri violente în regiunea lombară.

Hipernefromul Grawitz, această tumoră a vîrstnicilor, este iarăși una din cauzele lombalgiilor (concomitent hematurie totală, $t^{\circ}$, pierdere ponderală, anemie).

Rinichiul polichistic generează dureri abdominale și lombare, mai ales în ortostatism, se pare prin osteoporoză vertebrală. Este de presupus în cazul existenței unei alte malformații.

**Fibroza retroperitoneală.** Acest proces, despre care am mai vorbit și care mai este cunoscut sub numele de „retroperitonită" sau sindrom Ormond, are două particularități :

— comprimă lent organele retroperitoneale, fără a le invada, producînd și stenoza extrinsecă a ureterului ;

— însoțește sau este secundară unor procese inflamatorii abdominale.

Lombalgia este unul din simptome, dar într-o formă atenuată deși persistentă.

Intervenind operator pentru simptomatologia abdominală (ileita terminală, diverticulită, apendicită retrocecală), constatăm înapoia peritoneului dorsal o zonă de duritate relativă care începe cel mai adesea median și se extinde lateral (D. Gerota).

**Colecțiile perirenale** fie că sînt hematice în urma unei rupturi renale discrete, în afară de puerperalitate, puru-



Scanned with OKEN Scanner

lente (abcesul sau flegmonul perirenal) ori urinare (urinom consecutiv unei rupturi ureterale) sînt situații patologice demne de luat în seamă la diagnosticul diferențial chiar cînd sînt exprimate discret, nu numai cînd apare bombarea regiunii lombare.

Scanned with OKEN Scanner

# Lombalgii psiho-nevrotice

În cursul expunerii substanțelor algogene nu a fost momentul să vorbim despre un alt focar de asemenea algogen, factorul emoțional, care nu numai că joacă un rol de netăgăduit în bolile organice, dar poate antrena sindroame dureroase „sine materia", care se înscriu în cadrul patologiei funcționale.

Stimulii emoționali acționează prin intermediul hipotalamo-hipofizar asupra diferitelor glande endocrine ca și asupra viscerelor goale și vaselor sanguine.

Schleyer-Saunders o spune foarte clar și astăzi ; este unanim recunoscut rolul cortexului și a centrilor subcorticali în determinarea unei senzații dureroase.

„Simptomele pe care le prezintă o bolnavă (sau un bolnav) depind de maniera în care conștiința integrează acești stimuli (anormali). Două bolnave cu aceleași tulburări pot resimți dureri de intensitate diferită după starea de conștiință și în timp ce una poate fi scăpată de dureri după vindecarea cauzei organice, cealaltă poate continua



Scanned with OKEN Scanner

să sufere. Aceeași regulă se aplică lombalgiilor de etiologie diferită. Unele sindroame ginecologice pot fi datorite unui stress emoțional".

Reproducem după același autor cazul **dismenoreilor de origine psihogenă :**

E bine stabilit că în cursul dismenoreilor primare durerea este în mare parte de origine psihologică. Ea reprezintă conștient sau nu, o apărare contra unei situații displăcute și numeroase fete tinere au fost învățate prin educație să creadă că trebuie să fie bolnave în perioada menstruală. În alte cazuri durerile sînt expresia convingerii profunde a rolului lor de femeie.

Se știe de asemenea că tensiunea emoțională poate avea repercusiuni anormale asupra stării vasculare, antrenînd o congestie și dureri în pelvis și dorsal. Dacă această stare se prelungește, pot avea loc modificări permanente sub forma unei hiperplazii a țesutului conjunctiv.

*Rolul anxietății nevrotice* este destul de mare cînd sînt realizate următoarele stări anormale :

— sentimentul frustrării sexuale (coitus interruptus) ;

— practica autosatisfacției sexuale, care congestionează pelvisul, produce plexalgii, contracții spastice ale ligamentelor sacro-iliace și consecutiv lombalgii ;

— diminuția tonusului muscular și laxitatea ligamentelor vertebrale la unele nevrozate cauzează mai devreme sau mai tîrziu lombalgii, posturale de această dată ;

— tensiunea intelectuală anormală, care induce contractura masei musculare lombare.

## FIBROZITA ȘI TENSIUNEA EMOȚIONALĂ

S-a discutat mult și încă relativ recent explicația psihosomatică a fibrozitei, într-un cadru adecvat (Congresul



Scanned with OKEN Scanner

anual al Asociației medicale britanice, 1953) și cu luptă de opinii rolul factorilor psihologici în declanșarea procesului fibrozitiv.

Grupul susținătorilor, destul de mare, a pretins că traumatismul emoțional, tulburarea echilibrului psihic, alterează tensiunea musculară, de aceea tratamentul trebuie să fie în primul rînd psihoterapic și apoi simptomatic.

Grupul opozant, mult mai mic, în frunte cu Cyriax avea convingerea că fibrozita este o „boală imaginară ori a medicului, ori a pacientului".

În vremea noastră, medicina nord-americană opiniază în felul următor :

„Afecțiunea atinge persoanele tinere, adulte de vîrstă mijlocie, care adeseori sînt în stare de tensiune emoțională" (Laughlin, H. A. ș.a.).

## TRATAMENTUL LOMBALGIILOR PSIHO-NEVROTICE

Din lectura prezentei monografii, din convingerea că organismul uman formează un tot individual și că organismul unitar formează un „tot" mai vast, mai general, dar tot așa de important, cu factorii de mediu fizic și social, rezultă vastitatea, diversitatea, dificultatea de interpretare, de diagnostic diferențial și de atribuire a rolului de primum movens.

Rezultă, de asemenea, obligativitatea pentru medic de a se documenta continuu și de a nu neglija fapte sau elemente aparent lipsite de importanță, plecînd de la impresii superficiale sau idei preconcepute.



Scanned with OKEN Scanner

Se socoteşte ca foarte „necesar“ a lăsa pe bolnavă „să vorbească“ şi ca aceasta să fie sigură că e ascultată cu atenţie. Din aşa-zisa „vorbărie“ sau „locvacitate“ medicul îşi va face o părere destul de bine conturată despre aspectul psihologic al afecţiunii pe de o parte, iar pe de alta bolnava confiindu-se unei persoane autorizate obţine o relaxare a tensiunii emoţionale, ceea ce este foarte util şi valorează ca un început, ca o parte din tratamentul psihoterapic. Din păcate, tendinţa actuală a diagnosticianului este să meargă, de multe ori din lipsă de timp, altădată din supraapreciere în direcţia unei afecţiuni organice grave, spre „un simplu conflict psihologic benign“.

În atenţia noastră trebuie să fie faptul că bolnava poate să afişeze suferinţa principală şi fenomenele fizice asociate, camuflînd sau minimalizînd simptomele emoţionale, care arată o depresiune (V. Vasiliu).

În plus, există şi simulatoare !

E de la sine înţeles că terapia psihică nu este totul. Se va prescrie un regim convenabil şi raţional, o viaţă echilibrată, igienică, cu mult aer liber, Kinesiterapie, masaje şi chiar hidroterapie, pe lîngă un tratament simptomatic.

**Diagnosticul diferenţial al durerii organice şi psihogene**
(după R. C. Benson — modificat)

| | Durere organică | Durere psihogenă |
|---|---|---|
| Tip | Vie, colicativă, intermitentă | Slabă, continuă |
| Momentul debutului | Oricînd<br>Poate trezi bolnava | De obicei începe după trezire, cînd obligaţiile sociale sînt prezente |
| Iradiere | Urmează căi nervoase precise | Aspecte bizare sau nu iradiază |



Scanned with OKEN Scanner

| | Durere organică | Durere psihogenă |
|---|---|---|
| Localizare | Se localizează cu punct tipic de sensibilitate | Variabilă, mobilizabilă, generalizată |
| Evoluție | Devine rapid mai slabă sau mai intensă | Rămîne același timp de săptămîni, luni, ani |
| Provocare | Des reprodusă de manipulare, nu de dispoziție | Neprovocată și neaccentuată prin examinare, ci prin relațiile interpersonale |
| Diagnostic | Există leziuni organice | Nu există leziuni organice<br>Profilul femeii : egoistă, vanitoasă, exigentă dar indulgentă cu sine, superficială, dramatică, labilă emoțional, cochetă, relativ frigidă |

★

Privind retrospectiv, recunoaștem că în ceea ce privește posibilitățile terapeutice nu le-am acordat o poziție privilegiată, atît din principiu cît și datorită atîtor fluctuații în compoziția și indicațiile (a efectelor negative, contraindicațiilor) medicamentelor, precum și din cauza noilor speranțe încă pe deplin confirmate. A se vedea, în această privință, diferitele surse de informații cu referire la colocviul recent de la Stockholm, organizat de Societatea suedeză de medicină. Principiul de bază al discuțiilor a fost „medicamentul natural". Astfel, Louis Chedid, de la Institutul Pasteur (Paris), a readus pe tapet importanța peptidelor simple din microbacterii, J. F. Bach a arătat valoarea hormonului timic pentru apărarea naturală ; apoi descoperirea calcitoninei, hormon recalcifiant și antalgic.



Scanned with OKEN Scanner

E de reţinut o serie de substanţe antibiotice, antitumorale, antivirale produse de fauna marină. S-au mai discutat cercetările recente relative la mediatorii sistemului nervos central, importanţa hormonilor secretaţi de creier, a endomorfinelor (peptide cerebrale), a somatostatinei, bromcriptinei, prostaglandinelor. Aşadar, în categoria medicamentelor naturale intră nu numai lumea plantelor, ci şi fauna marină, bacteriile şi chiar omul.

Este scuzabil — credem — faptul că, cu toată bogăţia de material informativ-documentar, inclus în prezenta lucrare, problema cauzelor generatoare de lombo-sacralgii nu a fost rezolvată exhaustiv.

În mod deliberat nu am luat în discuţie acele cazuri limită sau de graniţă, cum sînt următoarele :

În *Archives de l'Union Médicale Balkanique* (vezi bibliografia) este redată foaia de observaţie, succint, a unei fete de 18 ani internată de urgenţă pentru dureri abdominale difuze şi localizate mai ales în fosa iliacă dreaptă, cu lombalgie, dureri pe care tînăra fată le-a mai avut în diferite reprize. Examenul urinei nu sprijinea o nefropatie. Leucocitoza 14 500 pe mmc. S-a extirpat din această cauză apendicele, care s-a găsit indemn. Post-operator starea s-a înrăutăţit, au apărut în urină porfirine în cantitate mare cu tulburări psihice şi în cele din urmă bolnava exitează.

*Observaţie personală :* Femeia V.V. de 23 ani se internează într-un serviciu de chirurgie pentru lombo-sacralgie repetată, dar de această dată cu tendinţă sincopală şi dureri abdominale difuze. Chirurgul a insistat pentru apendicectomie pe care a executat-o, dar apendicele nu era cauza. Controlînd pelvisul a găsit un folicul ovarian (drept) rupt cu hemoragie în Douglas.

Şi exemple ar mai fi. Se citează astfel dureri lombare ca reacţii adverse în timpul unui tratament cu Intensain. Atragem însă atenţia că ne-am referit la formele mai mult



Scanned with OKEN Scanner

sau mai puțin cronice, nu la cele acute sau subacute. De asemenea, nu am spus nimic despre durerile sternale și rahidiene din maladia Hodgkin, despre metoda radiografiilor magnetice bazată pe rezonanța magnetică nucleară (e vorba de nucleii atomilor de Fluor 19, Fosfor 31, Sodiu 23, Carbon 13 și în special Hidrogen 1).

Totuși am fi recunoscători cititorilor care ne-ar sesiza despre unele aspecte sau ar propune completări ori modificări.

Scanned with OKEN Scanner

# BIBLIOGRAFIE

## (principală)


ABUREL, E. și colab. *Obstetrică și Ginecologie.* Edit. didact. și ped., București, 1971.

ARSENI, C., OPRESCU, I. *Durerea.* Edit. Acad. R.S.R., București, 1967, p. 205—230.

BACIU, I. *Fiziologie.* Edit. didact. și ped., București, 1970, p. 674—680.

BRAINERD, D., MARGEN, S., CHATTON, M. *Elemente practice de diagnostic și tratament.* Edit. med., București, 1967.

BURGHELE, Th. și colab. *Patologie chirurgicală.* Vol. II, Edit. med., București, 1976, p. 380—381.

COJA, V., VASILIU, V. *Ginecologie.* Edit. med., București, 1966.

DIACONESCU, I. și colab. *Contribuții la stadiul modificărilor metabolismului fosfo-calcic și acțiunii terapiei fizicale în osteoporoză.* Timișoara, medicală nr. 3, 1970, p. 153—160.

DIACONESCU, N., VELEANU, C., KLEPP, H. *Coloana vertebrală.* Edit. med., București, 1977, p. 80—89 ; 90—97.

DIMITRIU, C. C. și colab. *Diagnostic clinic* II. Edit. med., București, 1959.

DUMITRESCU, Fl. I. și CONSTANTIN, D. *Acupunctura științifică modernă.* Edit. Junimea, Iași, 1977.




Scanned with OKEN Scanner

DUNCAN, G., GARFIELD, I. *Bolile metabolismului.* Edit. med., București, 1966, p. 300—322.
FORESTIER, I. și colab. *La spondylarthrite ankilosante.* Edit. Masson, Paris, 1951.
GALTIER-BOISSIÈRE și colab. *Larousse médical.* Librairie Larousse, Paris, 1952.
GHEORGHIU, N. N. și colab. *Manual de acupunctură.* Edit. med., București, 1974.
GEOTZE, E. *Fiziopatologie.* Edit. med., București, 1963, p. 726—730.
GROZA, P. *Fiziopatologie umană.* Edit. med., București, 1974, p. 536—539.
HERIȘAN, S. și colab. *De la simptomul dominant la diagnostic.* Edit. med., Ag. medic., 1975, p. 32—37.
LAFFONT, A. *Manuel de gynécologie.* Edit. Masson, Paris, 1952.
LAMBESCU, A. și PĂUNESCU, V. *Ginecologie.* Manual litografiat, Timișoara, 1957.
LAMBESCU, A. și TEODORESCU, M. *Patologia și chirurgia ligamentului larg.* Edit. Litera, București, 1973.
LICHTWITZ, A. și colab. *Notions récentes sur la physiopathologie des ostéoporoses.* Paris, 1967, p. 1 759—1 772.
MARTIUS, H. *Lehrbuch der Gynäkologie.* Verlag Stuttgart, 1964, p. 405—416.
MUSCAR, CATINCA. *Misterul reumatismelor va fi dezlegat ?* Magazin XXI, nr. 1 038, 27.VIII.1977.
PĂUNESCU-PODEANU, A. *Bolnavi dificili.* Edit. med., București, 1969, p. 145—152.
RADU, C. și colab. *Artrita sacro-iliacă de origine obstetricală.* Rev. Obst. și Ginec. nr. 2, 1977, p. 131—135.
RHODES, Ph. *Durerea lombară, problemă ginecologică.* Practitioner 202, nr. 1 209, mart. 1969, p. 344—350.
ROCHET, Ch. *Cahièrs médicaux lyonnais.* 46, nr. 21, 29 mai 1970.
RYCKEWAERT, A. F. și colab. *Données nouvelles sur les ostéoporoses.* Presse médic., 1968, 17, p. 809—811.
SCHLEYER-SAUNDERS, E. *Lombalgies chez la femme.* Masson, Paris, 1968.
SAPORTA, L. *Spondylarthrite ankylosante.* Concours méd., 1970.
STOICESCU, Gh. *Boli reumatismale — Colagenoze.* În : *Vademecum terapeutic.* Edit. med., București, 1973.
ȘUȚEANU, Șt. și colab. *Clinica și tratamentul bolilor reumatice.* Edit. med., București, 1977.



Scanned with OKEN Scanner

THOMASEN, E. *Low back pain in gynecology.* Acta obst. et gynec. scandinav. 41, 3—10, 1962.

VARACHIU, N. și colab. *Fiziopatologie.* Edit. didact. și ped., București, 1976, p. 80—84.

WALDO, J. *Obstetrical and gynecologic back and pelvic pains, especially those contracted during pregnancy.* Acta obst. et gynec. scandinav. 41, 11—53, 1962.

* * * *Referate diverse,* 1977—1978.

Scanned with OKEN Scanner

Uroculturo) > Escherichia coli

Penicilinol - rezistent
Sulfatiazol - rezistent

Redactor : ION ILIN
Tehnoredactor : IOAN I. IANCU

Bun de tipar : 29.04.1980. Apărut 1980.
Coli tipar : 7,75.

Întreprinderea Poligrafică „Banat"
Timișoara, Calea Aradului nr. 1.
Comanda nr. 67.

Scanned with OKEN Scanner

Timpi sânger 12 - VI - TB = 1'15"

TC = 6'

Ht = 33 %

leucocite 6200/mm²

VSH - 8 mm

Sumar urina <u>citobacteriologie</u>

numeroase leucocite

avem bacili gramnegativi

<u>Addis</u> H/ Incerept

E/ leucocitarie

Uree în ser - 0,31 g ‰

Creatinina = 1,0

Ex <u>Radiologice</u> R.S. - 1 f 30/40

19.VI.89 URO - 1 f 30/40, 2 f 24/30, 1 f a/40

Scanned with OKEN Scanner